

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der
Westfälischen Wilhelms - Universität Münster

Direktoren: (Prof.Dr.med.G.Brune, Prof.Dr.med.R.Tölle)
Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie
(Leitung Prof.Dr.med.H.E.Kehrer)

Der Verlauf des Enkopresissyndroms untersucht anhand
von Katamnesen

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Fachbereiche

5 Vorklinische Theoretische Medizin und
6 Klinische Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster

Vorgelegt von
Rainer Bätzel
aus Altena/Westf.

1981



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555410_0016

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der
Westfälischen Wilhelms - Universität Münster

Direktoren: (Prof.Dr.med.G.Brune, Prof.Dr.med.R.Tölle)
Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie
(Leitung Prof.Dr.med.H.E.Kehrer)

Der Verlauf des Enkopresissyndroms untersucht anhand
von Katamnesen

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Fachbereiche

5 Vorklinische Theoretische Medizin und
6 Klinische Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster

Vorgelegt von
Rainer Bätzel
aus Altena/Westf.
1981

Dekan: Prof.Dr.Themann

1.Berichterstatter:Prof.Dr.Kehrer

2.Berichterstatter: Prof.Dr.Tölle

Tag der Promotion: 28. 7. 1981



Referent: Prof. Dr. Kehrer

Korreferent: Prof. Dr. Tölle

Z u s a m m e n f a s s u n g

Der Verlauf des Enkopresissyndroms untersucht anhand von Katamnesen

Rainer Bätzel

Am Beispiel von 7 Jungen, die unter diskontinuierlicher Enkopresis litten, ist der Therapieverlauf mit Verhaltenstherapie beschrieben worden. Die Zustandsbilder vor und nach der Behandlung sind festgehalten und auch der Zustand nach einigen Jahren.

Die Verhaltenstherapie mit positiver Bekräftigung muß als gutes Mittel zur schnellen Beherrschung auch diskontinuierlicher Fälle von Enkopresis angesehen werden. Jedoch hat es sich gezeigt, daß die Behandlung nach der Klinikentlassung zu Hause noch einen Zeitraum weitergeführt werden muß, um einen 100%igen Erfolg zu erreichen. Auch die Dauer der Behandlung liegt im Rahmen der angegebenen Werte. Eine genaue Kenntnis des einzelnen Falles, der familiären Situation, der Beziehung der Eltern zu ihrem Kind und der Entstehungsursachen der Enkopresis sind vonnöten, zum bestmöglichen Einsatz der Formen des operant conditioning, zur allgemeinen Führung des Kindes und zur immer nötigen Elternberatung.

Tag der Promotion: 28. 7. 1981

Inhaltsverzeichnis

A:	Einleitung Definition Aetiologie Autoren Vorkommen	S. 1
B:	Neuroanatomie und Physiologie Sphincter ani internus und externus Colon und Rectum Physiologie des Dickdarms Der Defäkationsakt Dysfunktionen	S.14
C:	Die einzelnen Fälle I. Zustand vor der Behandlung II. Behandlung III. Verlauf der Behandlung IV. Rücksprache mit den Eltern	S.18
D:	Was ist Verhaltenstherapie?	S.39
E:	Die Behandlung der kindlichen Enkopresis mit Verhaltenstherapie	S.41
F:	Diskussion	S.42
G:	Die Fälle	S.45
H:	Zusammenfassung	S.47
I:	Literaturverzeichnis	S.48
J:	Lebenslauf	S.51

A: Einleitung

Definition:

Der Begriff "Enkopresis" (Einkoten) wurde geprägt von Weissenberg (1929,nach Bellmann 1966) und meint die wiederholte,unwillkürliche Entleerung des Stuhls in die Kleidung,ohne das dafür ein organischer Befund erhoben werden könnte.Kanner (1950) versteht unter Enkopresis wie Weissenberg einen Akt unwillkürlicher Defäkation, der nicht auf organische Krankheiten zurückzuführen ist und spricht von "partieller Enkopresis",wenn der größte Teil des Stuhls auf der Toilette entleert wird,jeden Tag aber ein Teil des Stuhls in den Kleidern zu finden ist.

Aetiologie :

Was die Aetiologie angeht,so wurde von früheren Autoren polyaetiologische Standpunkte vertreten.So schreibt Stier 1924: "Sie ist in den meisten Fällen durch die psychische Eigenart der Eltern bedingt,obgleich in einer kleinen Anzahl von Fällen die Umgebung ebenso in die Kausalität verwickelt ist."

Schon 1908 meint Freud,daß die Einstellung des Kindes zur Defäkation größtenteils dadurch bestimmt sei,wie das Kind zur Sauberkeit erzogen worden ist.Beides,sehr strenge,frühe Erziehung und zu schlaffe,späte Erziehung können zu fehlerhaften Entwicklungen führen.Ebenso vertrat er den Standpunkt,daß auch konstitutionelle Faktoren ursächlich beteiligt seien.

Hall teilt die Enkopresis nach verschiedenen Arten in 3 Gruppen ein:

Die I. Gruppe hatte die Kontrolle nie gelernt,die II. Gruppe hatte die Kontrolle wohl gelernt,aber dann wiederum verloren.Bei der III. Gruppe ging die Enkopresis mit

Coprophagie einher.(Essen des Stuhls).Auch in den Nachkriegsjahren wird die Auffassung von Freud weiter vertreten.Ein normales Kind versucht alles,sich so zu verhalten,daß es die Liebe der Umgebung,vor allem der Mutter erhält,und vermeidet alles,was dieser guten Gefühlsbeziehung Abbruch tun könnte.Es ist immer ein Zeichen der Gefühlsabwegigkeit,wenn ein Kind mit Lust gerade das tut , was die anderen verletzt.Die Ursache solcher Zustände können gewiß ebensosehr in einer abnormalen Konstitution liegen,(z.B.bei postencephalitischen Charakterstörungen) wie darin,daß das Kind gerade im frühesten Alter, wo es so sehr auf die Anbahnung richtiger emotineller Beziehungen angewiesen ist,in dieser Hinsicht schwer vernachlässigt wurde.

Bruns (1941) beschreibt die Enkopresis als eine primär psychogene Störung."es ist ein physikalisches Symptom, daß in solchen Kindern als Reaktion auf gewisse psychologische Situationen auftritt,die in dieser oder jener Weise prädisponiert für diese bestimmte Antwort sind. Es ist allgemein gesprochen ein Protest gegen eine feindliche und bedrohende Umgebung,eine unbewußte Reaktion,sowohl von Aggressionen als auch von Angst ausgelöst".Er betont den somatischen Aspekt,der für eine Therapie nicht unwichtig ist."Bei all diesen psychosomatischen Symptomen liegt es auf der Hand,daß,wie vorherrschend auch immer die psychologische Seite sein mag, die physikalischen Gesichtspunkte und Maßnahmen doch nicht vernachlässigt werden dürfen."

Auch sollte die konstitutionelle Seite der Verhaltensstörung nicht außer Acht gelassen werden.So werden einige Kinder vor dem Stuhlgang ängstlich und erregt. Sie versuchen alles,um ihren Stuhlgang zurückzuhalten. Einige sehr junge Kinder konzentrieren sich intensiv bei der Bewegung ihres Darminhaltes und entspannen sich nach vollbrechter Defäkation - in überströmender Freude. Gewisse Kinder werden sehr aufgebracht,wenn ihre Verpackung beschmutzt wird,während sich andere schwelgerisch in ihrem Faeces wälzen.

Oft kommen die Kinder auch aus sehr ungünstiger Umgebung. Die Persönlichkeitsstruktur der meisten Familienmitglieder zeigt mangelnde Kontrolle in der Trieb- und Gefühlswelt.

Huschka untersuchte 1942 273 klinische Fälle von Enkopresis. Es fand heraus, daß harte Erziehungsmethoden als hinreichender Grund anzusehen waren, um eine Obstipation oder eine Enkopresis auszulösen. Die harten Methoden drücken sich aus in: absolutes Bestehen auf Erfolg bei der Defäkation, häufiges aufs Töpfchen setzen, und sehr langes aufs Töpfchen setzen, Anbinden auf dem Töpfchen, Drohungen, Liebesentzug bei fehlendem Erfolg, Anwendung von Laxantien. Pinkerton (1958) fand bei 30 klinischen Fällen heraus, daß sich die Symptome in den ersten drei Lebensjahren entwickelt hatten. Auffallend war ferner, daß sie hinsichtlich der Sauberkeitserziehung ängstliche, strenge Mütter hatten. Er folgerte daraus, daß die Entwicklung der Enkopresis von einer besonderen Haltung der Mutter abhängig sei. Anthony (1957) weist auf die Wichtigkeit des Mutter-Kind-Verhältnisses hin. "Auch zur Zeit der Sauberkeitserziehung ist im Gegenseitigkeitsverhältnis von Mutter und Kind noch ein guter Teil von Nehmen und Geben auf beiden Seiten vonnöten. Beide Partner opfern etwas für den anderen Teil, und wenn das körperliche Endprodukt sein Auffanggerät erreicht, dann sollte da normalerweise eher ein Gefühl des Gewinnes als des Verlustes auf Seiten des Kindes vorhanden sein. Das Kind verliert seine Faeces, aber gewinnt eine lobende Mutter. Die Töpfchen - Situation ist wie jede andere frühere Situation voll von unausgesprochener Hinweise, innerhalb derer ein System von geringfügigen Fingerzeigen ihre Rolle spielen. Die Mutter muß den natürlichen Rythmus kennenlernen, die Geschwindigkeit, mit der die Nahrung ihren Weg entlang des Verdauungstraktes nimmt, die Füllungs- und Entleerungskapazitäten seiner visceralen Organe und die Empfindlichkeit der betreffenden Organschwellen, z.B. in der Art wie sie Signale geben, die ein Bedürfnis anzeigen. Die durchschnittliche Mutter erlernt diese Zeichen

ohne Schwierigkeiten, aber in meiner Serie (76 Fälle) fand ich empfindliche Mängel in dieser Beziehung."

In der normalen Trainingssituation machen die prompten mütterlichen Antworten auf die physiologischen Fingerzeige ihres Kindes und ihre eigenen Mitteilungen während des Vorganges das Kind allmählich auf seine eigenen Hinweise aufmerksam, so daß es letzten Endes fähig ist, die mütterliche Rolle beim aufs Töpfchen setzen zu übernehmen und dadurch autonom zu werden. In Anthony's Serie waren zwei Abweichungsarten vom Normalen. Da gab es Mütter, die hoffnungslos alle Hinweise ihres Kindes auf Defäkation verpaßten, so daß das Erlernen mangelhaft zu werden schien. Es wurde als "macht seinen Stuhl ohne sich dessen bewußt zu sein", bezeichnet. Dann gab es Mütter, die auch jeden anderen physiologischen Hinweis ihres Kindes mißdeuteten, und die auf jedes Bemerkbarmachen ängstlich den Topf hervorholten. Mit der Zeit schien das Kind überempfindlich gegen diese Reaktion zu werden und nun bei den geringsten Anlässen zur Toilette zu laufen, bis endlich jede beunruhigende Situation diesen Effekt hatte.

Anthony beschreibt vier regressive Phasen, während derer das Kind besonders anfällig zum Einkoten ist, und wie es dann anschließend wegen seines Versagens von den Müttern, die zu den beiden extremen Gruppen gehören, unweigerlich falsch verstanden und falsch behandelt wird. Die mit viel Nachdruck arbeitende Mutter betrachtet das Einkoten als eine Herausforderung und intensiviert ihre Bemühungen. Für sie sind die Anforderungen des Übungssystems absolut und lassen keinen Raum für Zugeständnisse dieser Art. Ihre Hochschätzung künstlicher Normen bringt sie dazu, individuelle Variationen in Geschwindigkeit und Rythmus bei der Entwicklung nicht zu berücksichtigen. Die Mutter, die mit wenig Nachdruck arbeitet, ist durch die Inkonzsequenz entmutigt und neigt dazu, in ihrer eigenen Behandlung des Kindes inkonsequenter zu werden. Da sie nie ein sehr konsequenter Trainer war, können diese Perioden den Beginn kompletter Sauberkeits-

vernachlässigung darstellen.-In vielen seiner Fälle wurde das voll entwickelte Syndrom des Einkotens häufig von vorangehenden Symptomen angekündigt und zwar zwischen 1 1/2 und 3 Jahren.Diese nahmen im allgemeinen die Form von oppositionellen Verhalten an - Nahrungsverweigerung,Widerstand gegen das Zubettgehenmüssen, was als eine Erweiterung der sich normalerweise ereignenden Phasen der schlechten Laune betrachtet werden könnte.Die globale Negativierung führte schließlich zu einer der drei Folgen - einer leicht zu erschütternden Kontinenz,die unter den geringsten Anforderungen scheiterte, andauerndem Einkoten, oder chronischer Retention,die in ein überfließendes Einkoten überging.Die Fälle mit chronischer Zurückhaltung des Stuhlgangs waren meist zwischen 4 bis 6 Jahre alt.

Auch Gauthier fand,daß die Enkopresis kein Zufall ist, sondern eine Regression auf eine bestimmte Stufe der Entwicklung.So gerät ihr Gleichgewicht unter Belastung besonderer Ereignisse leicht ins Schwanken.Die traumatischen Faktoren weisen in der Mehrzahl der Fälle einen gemeinsamen Nenner auf;den Verlust des geliebten Objektes.Als Folge des wirklichen oder symbolischen Verlustes der Mutter vermögen die Kinder nichts anderes zu tun, als in der Entwicklung zurückzufallen,als wieder unsauber zu werden,um ihre Mutter in einer kindlicheren Begegnungsform wiederzufinden,gleichzeitig allerdings ihren Zorn gegen diese untreue Mutter auszudrücken.

Die Untersuchung Margit Bellmanns (1966) :
"Studies on encopresis" stützt sich auf Erhebungen sowohl bei 8863 Stockholmer Schülern als auch bei 209 Patienten,die wegen Enkopresis in der kinderpsychiatrischen Klinik Stockholm behandelt wurden.Gewöhnlich wird die Sphinkterbeherrschung spätestens im 4.Lebensjahr erworben.Der Beginn des Einkotens fiel bei 2,8% ins 4. Lebensjahr,bei 2,2% ins 5.Lebensjahr und bei 1,9% ins 6.Lebensjahr.In dem Kinderpsychiatrischklinischen Material war schon die relative Bedeutungslosigkeit von organisch - nervösen und intestinalen Störungen in der Genese

des Symptoms, andererseits aber auch die genetische Valenz verdrängter Aggressionen, passiver und depressiver Haltung evident geworden. Bei keinem Patienten überdauerten die Störungen das 16. Lebensjahr. Bei der Hälfte der Hauptprobandengruppe (Schüler) bestand eine Enkopresis seit der Kindheit. Bei 2/3 der Probanden war der Beginn der Störung entweder an den Schuleintritt, die Geburt eines Geschwisters, einen Heimaufenthalt oder eine andere Form der Mutter - Kind - Trennung geknüpft. Relativ häufig war das Symptom auch bei Eltern und Geschwistern festzustellen. Somatische, insbesondere cerebrale Ursachen erschienen von untergeordneter Bedeutung. In der Vorgeschichte und im psychischen Profil der Enkopretiker fanden sich häufiger als in einer Vergleichsgruppe: Enuresis, Nahrungsverweigerung und Symptome allgemeiner Nervosität, ferner vermehrte Ängstlichkeit, Aggressivität, Mangel an Kontakten zu Altersgenossen, Anpassungsschwierigkeiten (vor allem in der Schule) geringes Selbstwertgefühl, gestörte Beziehung zur Mutter und sehr häufig eine sehr frühe und forcierte Sauerbeiteerziehung. Margit Bellmann entwirft daher folgenden "Steckbrief" vom ca. 8 jährigen Enkopretiker: er neigt zu Angstreaktionen, besitzt geringes Selbstvertrauen und erniedrigte Frustrationstoleranz und pflegt auf Konflikte in einer unreifen, infantilen Form zu reagieren. Er hat weiterhin weniger Kontakt zu Altersgenossen und auch zu den Eltern, erscheint mehr muttergebunden, ängstlich und kontaktschwach. In seiner Persönlichkeitsstruktur dominieren (die diesbezüglichen Befunde stützen sich auf anamnestische Fakten, Testergebnisse, Verhaltensbeobachtungen und Schulberichte) Passivität, sensitive Wesensstruktur und Mangel an Selbstbewußtsein.

Die psychisch orientierte Literatur über Enkopresis zeigt ein verwirrendes Bild der Ätiologie und Therapie dieser Störung. Bellmann (1966) erwähnt z.B. in ihrer umfassenden Studie als mitbedingende Faktoren psychische

Probleme, soziale Bedingungen, Trennungserlebnisse von der Mutter (bedingt durch Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit), Unreife und Vulnerabilität. Den sogenannten analen Negativismus (ausgedrückt durch ein persistierendes Weigern, den Stuhl zu entleeren) sowie durch prädisponierende und perpetuierende elterliche und Umgebungsfaktoren gehemmtes Entleerungsverhalten beschreibt Pinkerton (1958). Psychodynamische Aspekte werden u.a. von Mac Namara (1965), Wallis (1966) und Keilbach (1976 und 1977) diskutiert. Wolters (1975) interpretiert Enkopresis auf verhaltenstheoretischer Basis als ein Problem des Toilettentrainings. Auf die Variationsbreite mitwirkender Faktoren und die Vielfalt ihrer dynamischen Verknüpfung weisen allerdings die meisten Autoren hin, z.B. Pinkerton (1958), Eller (1960), Neale (1963), Mac Namara (1965), Wallis (1966), Bellmann (1966), Nixon (1972), Berger (1974), Granditsch et al. (1976), Keilbach (1976, 1977), Wolters (1974), Levine (1975) kann in seiner Studie an 102 Kindern die traditionellen Verallgemeinerungen über Verursachung bzw. Ätiologie der Enkopresis nicht bestätigen; nach ihm erfordert die Beschäftigung mit diesem Symptom einen jeweils individuellen Ansatz.

Die Uneinheitlichkeit in Bezug auf Definition und Ätiologie erklärt auch die vielen verschiedenen Ansätze zur Lösung des Problems. Neben der psychotherapeutischen Behandlung analytischer Richtung sind in den letzten Jahren vor allem verhaltenstherapeutische, medikamentöse, chirurgische sowie Behandlungsversuche auf Bio - Feed - Back - Grundlage bzw. eine Koppelung mehrerer Methoden beschrieben worden. (Neale, 1963; Judy Cohen Concer, 1970; Young, 1973; Holschneider, 1974; Engel et al., 1974; Stegat, 1975; Zafkira Ashkenazi, 1975; Granditsch et al., 1976; Willital et al., 1977).

Holger Rick und Friedrich, Wilhelm Riedrich untersuchten, ob vielleicht der Beruf des Haupternährers und die Familiensituation in Zusammenhang mit der Enkopresis

stehen könnten.

Sie fanden heraus, daß bei den Haupternährern 40,4% keinen Beruf erlernt hatten. An zweiter Stelle standen mit 21,1% die Facharbeiter.

In der Familiensituation war es folgendermaßen:

hier fanden sich bei Elternpaaren mit Eheschwierigkeiten, die aber nicht geschieden waren, 17,5% der Kinder mit Enkopresis. Bei 14,0% lag der Anteil bei geschiedenen Eltern, wobei der sorgeberechtigte Elternanteil alleinstehend war.

Freud hat im "Charakter und Analerotik" die anale Phase als eine prägenitale Phase beschrieben und der Analerotik eine bedeutsame Rolle in der kindlichen Entwicklung zuerkannt. Er sieht im Kot ein Symbol für Geld, für Besitz oder auch für ein Geschenk.

Psychodynamisch wird dem Symptom Einkoten folgendes zugrunde gelegt:

1. Autoerotische Befriedigungsform
2. Anal - retentiver Aspekt d.h. Kot als Besitz, als Geschenk, als Objekt zur Beherrschung als eigenes Produkt
3. anal - aggressiver bzw. anal - sadistischer Aspekt d.h. Kot als Objekt der Ausstoßung, Vernichtung, sowie Kot als Projektil.

Das eigene Produkt Kot finden die kindlichen Patienten als Produktionsvorgang in der Hose wieder. Übereinstimmend beschrieben sie, daß der Hautkontakt mit dem Kot eher angenehm sei - "warm, weich und schön". Sie neigen dazu, die verschmutzte Kleidung stundenlang nicht ausziehen, was erst sekundär als aggressiver Akt der Mutter gegenüber wirken kann. Das eigene Produkt wird wie ein selbst geschaffenes Ersatzobjekt, das im Hautkontakt erfüllt wird.

Der Apell an die Erziehungspersonen nach dem kindhaften Versorgtwerden, der dem Einkoten anhaftet, könnte mit einem hohen Krankheitsgewinn verbunden sein. Auffallenderweise tritt das Symptom fast nie während der

morgentlichen Schulzeit bzw.während der Kindergartenzeit auf.Frühestens auf dem Heimweg kommt es zum Einkoten,wenn die Kinder innerlich auf zu Hause,meist auf die Mutter ausgerichtet sind.

Es ergeben sich neun mögliche Hypothesen für den angestebten Vergleich von ca.80 Kindern,die an Enkopresis leiden,mit einer Gruppe psychogen erkrankter Kinder mit eindeutig anderer Symptomatik.

1. Die Mütter der Kinder mit Enkopresis sind in ihrem Selbstwertgefühl tief verunsicherte Persönlichkeiten.

2. Die Väter der Kinder mit Enkopresis treten als Persönlichkeit in der Familie weiter zurück als in der Durchschnittsfamilie.

3. Kinder mit Enkopresis wachsen in Familien auf,die isoliert leben und nur wenige freundschaftliche und verwandschaftliche Beziehungen pflegen.

4. Zur auslösenden Konfliktsituation gehört bei Kindern mit Enkopresis ein einschneidend erlebter Verlust an Zuwendung.

5. Die frühkindliche Lebenssituation der Kinder mit Enkopresis ist durch grübelnd unbesorgte,ängstliche Zuwendung der Mütter zu ihren Kindern gekennzeichnet,die sich häufig nach ursprünglicher Ablehnung der Schwangerschaft entwickelt.

6. Die Kinder mit Enkopresis sind in der gesunden Entwicklung ihrer Objektbeziehung geschädigt.Sie zeigen neben einer Fehlentwicklung im anlanen Bereich zugleich intentionale Störungen.

7. Die Familien der Kinder mit Enkoprsis sind -neben der erwähnten Kontaktstörung- durch eine schwelende Geld- und Leistungsproblematik gekennzeichnet.

8. Eine rigide Sauberkeitserziehung liegt bei Kindern mit Enkopresis nicht vor.

9. Enkopresis ist häufig von Enuresis begleitet;Verwahrlosungszüge finden sich jedoch als Zusatzsymptomatik bei den hier beschriebenen Kindern nicht.

Die Bedeutung des Malens für die Diagnostik und Therapie der Enkopresis hat G.Biermann beschrieben.Dabei

erlebte er, daß von seinen 14 Probanden drei von sich aus, d. h. ohne Anleitung oder Vorbild in der Spiel und Beschäftigungstherapie beim Zeichnen und Malen zur "Fingermalerei" übergingen. Diese Malform, über die im deutschsprachigen Schrifttum erstmals Berna, Dühsler und Zulliger berichteten, vereint in sich die für den Enkopretiker wichtigen Möglichkeiten lustvoller Beschäftigung mit weichzerließbarem, formbarem Material, sowie der unmittelbaren Darstellung von innerlich Geschautem in Form von Bildern, wie es den magisch-animistisch totemistischen Erleben der Kleinkinder entspricht (Zulliger). Diese Malen löste unter Führung des Therapeuten bei einem Kind eine kathartische Reaktion aus, welche die endgültige Heilung einleitete.

So entspricht die Farbwahl dem affektiven Erlebnisbereich der Kinder. Außer der allgemeinen affektiven Anregung durch Farben, die schon Rorschach als wichtiges Merkmal menschlichen Verhaltens in seinem Formdeutschverfahren verwertete, besitzen die verschiedenen Farben einen spezifischen Anmutungscharakter. Sie werden in Farbtests (Lüscher, Heiß, Siegfried) psychologisch ausgewertet. Wegen der Einfachheit der Durchführung wie auch der relativen Verlässlichkeit in den Ergebnissen haben die Farbtests eine zunehmende Bedeutung in der Testpsychologie erfahren. Mit dem volkstümlichen Ausdruck "warmer und kalter" Farben ist schon ein erster Hinweis auf den emotionellen Faktor des Farberlebens gegeben. Wir verdanken Koch, Lüscher, Heiß und Hiltmann, sowie Furrer eingehende psychologische Untersuchungen über die Spezifität der Farbwirkung. Der introversiven weltabgewandten, passiven Farbreihe, Blau-Grün steht die Gruppe der extratensiven, welt-offenen, aktiven Farben Rot und Gelb gegenüber. Blau verkörpert mit seiner Passivität Hingabe, Sehnsucht nach dem Unendlichen und mütterliche Geborgenheit.

Ausgeglichener aber auch indifferenter ist Grün, als steter ruhender Pol das Sinnbild der Solidität.

Dagegen ist Rot die Farbe des Aufruhrs und Symbol des Trieblebens.

Als Ausdruck des Aktiven, Lebendigen, Vorwärtsstrebenden und Besitzergreifenden verkörpert Rot im Gegensatz zum mütterlichen Blau -das männlich-aktive, väterliche Element.

Das aktive Gelb ist ausgeglichener als Rot. Es entspricht einer klaren, wachen Intelligenz.

Während Braun mit seiner Erdennähe und Körperlichkeit die solide und natürliche Realität versinnbildlicht, ist Violett in seiner Mischung der gegensätzlichen Kräfte von Blau und Rot die Farbe der Unentschlossenheit, des Labilen, unruhig-sehnenden, der Ängstlichkeit, verstärkt bis zur Depression und Melancholie. Koch drückt die Empfindung der violetten Farbe mit der "eines nach beiden Seiten balancierenden Seiltänzers aus".

Weiß wirkt hell aktiv, aber auch grenzenlos, unbestimmt, während Schwarz Ausdruck einer abgestorbenen Entwicklung, des Endes, des Todes ist. Zwischen beiden steht Grau als neutrale Farbe des Unendschiedenen, Zweifelhaften.

Hasselmann-Kahlert fand bei Flüchtlingskindern der Nachkriegszeit die Wahl des depressiven passiven Schwarz dann, wenn die Kinder Krankheiten und seelische Konflikte durchmachten, während Blau von den Kindern als Ausdruck des Heimwehs bevorzugt wurde, wenn sie vorübergehend von ihren Eltern getrennt waren. Ebenso weisen Fordhahn und Zullinger auf den Zusammenhang der Wahl dunkler Farben mit Angstempfindungen des Kindes hin.

Für den Enkopretiker gilt zudem die symbolische Gleichung Kot = Geld bzw. Gold (im Sinne des Geschenkes) worauf erstmals Freud (wie schon oben erwähnt) hingewiesen hat.

Ist Weiß zunächst als Farbe nur ein helles, aktives Element, so bedeutet es für den malenden Neurotiker, besonders den Enkopretiker mehr das Symbol des Reinen und Unschuldigen. Die weiße Farbe spielt beim neurotischen Verdrängungsvorgang eine wichtige Rolle.

Nach einem Besuch des zoologischen Gartens malte ein Kind aus Biermanns Probandengruppe einen Schwan in schmutzig - brauner Farbe. Er deutete damit auf den Zustand des schmutzigen braunen Entleins hin, mit dem er sich in seiner immer noch nicht geglückten Sauberheitsgewöhnung identifiziert, während ihm das Ideal, des sauberen weißen Schwans noch unerreichbar schien. Der Enkopretiker bevorzugt beim Malen elektiv die braune Farbe. Dieses gilt für chronische Enkopretiker aller Altersstufen und beiderlei Geschlechtes. Obwohl den Kindern gleichmäßig alle Farben zur Verfügung gestellt wurden, gab es Kinder, die zeitweise ausschließlich oder zumindest deutlich bevorzugt die braune Farbe verwendeten. Dabei nahmen die Bilder je mehr sich die Kinder mit dem Malen beschäftigten, einen aggressiven Charakter in Motivwahl wie Ausführung an.

Im Laufe der Behandlung kam es auch immer wieder zu Rückfällen des Einkotens. Dieses Zeichen der erneuten Verschlechterung fanden auch in den Malereien mit erneuten aggressiven Schmiertendenzen ihren Niederschlag. So reagierte ein Kind auf einen derartigen Rückfall mit dem spontan gemalten Bild eines braunen Männchens, das er schnell, bevor es die anderen Kinder sahen, in eine brauneachteule auf blauem Grund umwandelte. In dieser Farbwahl kam die ganze Angst und Verlassenheit des rückfällig gewordenen Kindes zum Ausdruck.

Wie bei den Enkopretikern beobachtet, befinden sich die Kinder beim Malen in Braun in einem lustversonnenen Abwesenheitszustand, von den anderen Kindern isoliert und aus dieser Versenkung nur mit Mühe zu erwecken. Hier liegt der Vergleich mit dem ursprünglichen Kotspielen der Kinder nahe. Bei der Maltherapie lernt es der Enkopretiker den Druck affektiver Spannungen, statt mit dem Einkoten, mit dem Malen brauner Bilder zu beantworten. In diesem Sinne wäre das Malen in Braun als ein Übersprungmechanismus anzusprechen.

Mit dem Malschmieren holen die Kinder das Schmierbedürfnis früherer Erlebnisphasen nach. Darauf

haben schon lange Kinderanalytiker hingewiesen. (Berna, Dührssen, Schwidder, Zuligger u.a.) Dieses Nachvollziehen frühkindlicher Entwicklungsphasen waren bei fast allen Kindern, zumindest in der Maltherapie nachzuweisen. Einige Kinder gingen bei der Fingermalerei dazu über, sich maskenartig das eigene Gesicht zu verschmieren. Dabei zeigten die Kinder gleichzeitig verschiedene andere, auf die Regression hinweisende Verhaltensstörungen, wie Wiedereinnässen, kleinkindhafte Sprache, Daumenlutschen, Puppenspiel, Spiel mit der Windel, ERstörungen und a.m.

Vorkommen:

Es gibt wenig verlässliche Information über die Häufigkeit der Enkopresis. Auf dem Entleerungsbereich liegt noch ein Tabu, das dieses Symptom sozial nicht akzeptabel erscheinen läßt. Wohl mit deswegen suchen viele Eltern erst sehr spät oder gar keine therapeutische Hilfe. Die in der Literatur genannten Daten kann man daher als Minimalzahlen betrachten. Bellmann (1966) berichtet bei 7 - 8 jährigen Stockholmer Kindern eine Häufigkeit von 1,5% bei einer Geschlechtsverteilung von 3,4 : 1. Die Häufigkeit bei Jungen beträgt 2,3%, die bei Mädchen 0,7%. Strunk (1974) ermittelte aus der Literatur ein Verhältnis von Jungen zu Mädchen zwischen 3 : 1 und 10 : 1. Largo et al. (1978) finden unter 351 Schweizer Stadtkindern zwischen 6 und 18 Jahren eine Häufigkeit der Enkopresis von 2 - 4% bei Knaben und 1 - 2% bei Mädchen. Rutter et al (1970) finden in ihrer epidemiologischen Studie das Symptom (Einkoten wenigstens einmal im Monat) bei 1,3% der 10 - 12 jährigen Knaben und bei 0,3% der gleichaltrigen Mädchen (ca. die Hälfte davon kotete wenigstens einmal pro Woche ein). In der Abteilung für Kinder und Jugendliche des Instituts für Psychogene Erkrankungen der ACK Berlin wurde in den Jahren 1968 bis 1970 die Diagnose Enkopresis in 4,5% der vorgestellten Fälle erhoben (Wagerer, 1977). Levine (1975) berichtet von 3% Kindern mit der Diagnose Enkopresis in einer allgemeinen pädiatrischen klinischen Ambulanz während einer Untersuchungszeit von 18 Monaten. Olatawura (1973) findet 5,7% Enkopretiker unter den Kindern, die eine psychiatrische Klinik während eines Zeitraumes von 12 Monaten konsultierten.

B. Neuro - Anatomie des Sphincter ani internus und externus:

Hier spielen sympathische und parasympathische Nerven eine Rolle. So wird der internus vom sympathischen

Nerven innerviert, die den Muskel erschlaffen lassen- während die parasympathischen ihn kontrahieren. Der äußere Sphincter ist willkürlich innerviert vom N. pudendus, sowie von anderen Sakralnerven; ebenso innerviert ist der Musc. levator ani.

Neuro Anatomie von Colon und Rektum.

Colon und Rektum haben eine verhältnismäßige komplexe Innervation. Sie ist hauptsächlich autonom mit sympathischen und parasympathischen Anteilen.

1.) die sympathische Innervation des oberen Colon kommt grob überschlagen von den unteren 6 thorakalen Segmenten über den Trunkus Sympathicus, weist aber noch spätere Synapsen auf. Postganglionäre Fasern folgen der Art. mesenterica su.

Das untere Colon erhält seine sympathische Innervation von den ersten drei Lumbalsegmenten. Postganglionäre Fasern folgen der Art. mesenterica inf. zum unteren Colon und zum oberen Rektum. Der untere Teil des Rektums, die Blase und die Genitativien erhalten ihre sympathische Innervation aus drei Quellen (vom Aortenplexus und den beiden seitlichen lumbalen Splanchnicusnerven), die sich in einem Plexus unterhalb der Aortenbifurkation vereinigen.

2.) Die parasympathische Innervation für das obere Colon folgt dem gleichen Weg der Art. mesenterica sup. und leitet sich aus dem rechten Vagus her. Die parasympathische Innervation für das untere Colon Sigmoid und Rektum kommt von Sakrale 2-4. Efferente Fasern des Sympathikus führen zur Einschränkung, des Parasympathikus zur Verstärkung der Peristaltik des Darmes.

3.) Das autonome Nervensystem hat auch sensible Funktionen, indem es Empfindungen von den Beckenorganen leitet. Afferente Impulse vom Colon werden wahrscheinlich vom sympathischen Nervensystem geleitet, da Erweiterung des Darms wohl nach Parasympathektomie, nicht aber nach Sympathektomie normale Empfindungen auslöst.

Sensible Impulse vom Rektum sollen einen anderen Weg nehmen, da Erweiterung des Rektums wohl von Personen mit totaler Sympathektomie, nicht aber bei tiefer spinaler Anaesthesie, die die 4 oder 5 letzten Sakral-segmente umfaßt, empfunden wird. Dieses läßt folgern, daß die Empfindungen vom Rektum über die pars sacralis des parasymphathischen Nervensystems geleitet werden.

4.) Hierüber hinaus sind die örtlichen Bewegungen in den Ringmuskel des Colon nicht abhängig von einem intakten Nervensystem. Durch die Plexus und ihre Verbindungen, die den Darm mit einer beachtlichen internen Innervation versorgen, ist dieser dazu in der Lage unabhängig von dem 'extrinsic' Teil der Nervenleitung nach Vagotomie oder Splanchnektomie zu funktionieren.

Physiologie des Dickdarms.

Der Dickdarm dient hauptsächlich als Auffangort für die übrig bleibenden Bestandteile der Nahrung. Der Inhalt des Dickdarms wird durch Wasserresorption eingedickt, hauptsächlich im Colon ascendens. Von größerer Bedeutung als die Wasserresorption ist wahrscheinlich die Aufrechterhaltung des Ionenhaushaltes im Körper durch die gleichzeitige Absorption von Elektrolyten.

Zusammenfassende Erläuterung des Defäkationsaktes:

Die normale Defäkation ist eine Kombination von willkürlichen und durch Reflexe ausgelösten Aktionen, was bedeutet, daß die Wahl der Zeit und des Ortes normalerweise willentlich bestimmt werden kann.

Erweiterung des Rectums oder möglicherweise des Sigmoids lösen den Reflexmechanismus aus. Massenbewegungen erfolgen einige Male am Tag, indem sie fäkale Massen im allgemeinen vom Colon transversum zum Sigmoid und Rektum transportieren. Eine Druckerhöhung von ge-

wöhnlich 30-40 mm Hg dient als Stimulanz für die Defäkation.

Wenn diese nun stattfinden soll, kontrahieren sich die abdominalen und der Zwerchfell-Muskel, und der innere und äußere Sphincter erschlaffen.

Wenn die Defäkation verschoben werden soll, findet der willkürliche Teil - die obige Kontraktion - nicht statt und der unwillkürliche ist von der Verengung des äußeren Sphincters gebremst und wenn nötig der perinealen Muskulatur dazu. Der Drang zur Defäkation verschwindet bald, obgleich die fäkalen Massen im Rektum verbleiben.

Der nächstfolgende Impuls tritt nicht eher auf, bis weitere Massen durch die Massentbewegung im Dickdarm abwärts geschoben werden, gewöhnlich einige Stunden später. Der Reiz zur Defäkation im spinalen Reflexzentrum ist daher von kurzer Dauer, und nur während kurzer Perioden am Tag vorhanden. Der Defäkationsdrang kann - abgesehen von der Dickdarmverengung - von anderen Reizen ausgelöst werden. Von großer Bedeutung ist in dieser Hinsicht der zentralnervöse Einfluß, der über das autonome Nervensystem geleitet wird. Colon und Rectum können - bedingt durch gastrale Reflexe - während der Mahlzeiten eine erhöhte Peristaltik haben. Dies ist von Hertz und Newton (1913/14) als gastrocolischer Reflux bezeichnet worden.

Neben diesen motorischen Reaktionen ist bei Personen mit Colostomie beobachtet worden, daß in Verbindung mit den Mahlzeiten die Mukosa der Schleimhaut sich rötet (Grace, Wolf und Wolff 1951), während Friedmann und Snape (1946) gezeigt haben, daß sogar das Ansehen und der Geruch von Nahrung zur Rötung und Schwellung der Mucosa führt.

Der emotionale Status einer Person hat ebenso Beziehung zum Bewegungsmechanismus des Colons. Der gastrocolische Reflux wird bei Personen ausgelöst, wenn die Mahlzeit in einer gemäßigten Stimmung eingenommen wird, während

das nicht eintritt, wenn der Betreffende sich deprimiert fühlt.

Dysfunktionen:

- 1.) Wenn aus irgendeinem Grunde die Defäkation des öfteren verschoben wird, wird sich das Rektum zunehmend füllen und erweitern. Schließlich ist der Zustand erreicht, in welchem die weitere Zufuhr von fäkalen Massen vom Colon her nicht mehr die Empfindung auslöst, die normalerweise zur Defäkation führt. Da die hochgradig erweiterte Muskulatur nicht mehr die Kraft hat, die ganze im Rectum angesammelte Masse herauszutreiben, werden nur kleine Mengen entleert.
- 2.) Nervenimpulse vom Rectum zum Rückenmark werden ebenfalls nicht ausgelöst, wenn sich das Rectum zu langsam füllt. In diesem Fall kann sich das Rectum beträchtlich erweitern, ohne den Drang zur Defäkation auszulösen.
- 3.) Stark erhöhter Parasympathicotonus führt zur spastischen Obstipation und zur Kontraktion des Musc. Sphincter ani internus. Auf dieselbe Weise erklärt sich die mit der Enkopresis manchmal einhergehende spastische Obstipation.
- 4.) Stark erhöhter Sympathicotonus führt zu Erschlaffung des Musc. Sphincter ani internus und damit zum starken Defäkationsdrang

C: zu unseren Fällen:

Es handelt sich um 7 Jungen, die an diskontinuierlicher Enkopresis leiden. Zur Zeit der Behandlung waren

Ralf	11 Jahre
André	12 Jahre
Volker	11 Jahre
Thomas	12 Jahre

Jürgen 11 Jahre
Odilo 13 Jahre
Guido 6 Jahre alt

Andre' und Volker wurden ambulant behandelt, während die anderen 5 Jungen in der Klinik waren.

Ein cooperatives Vorgehen d.h. weder zu harte noch zu schlaffe Methoden wird als beste Grundlage zum Erfolg angesehen.

"Die Folgen von zu strenger und zu schlaffer Erziehung scheinen gleich nachteilig zu sein". (Anthony 1957)

Da die Fälle mit diskontinuierlicher Enkopresis sowie so schon eine Auswahl derjenigen Kinder darstellen, die auf zu harte Methoden ausgesprochen schlecht reagieren, ist das auch an und für sich einleuchtend. Oft handelt es sich ganz offenkundig um stark ängstlich unterlegte Neurosen oder um Kinder, die durch harte Strafen in derartige Aggressionshaltung gegen die Eltern und die Welt der Erwachsenen getrieben worden sind, daß sie sich schon alleine dadurch noch Jahre nach der stattgehabten Regression in dauerndem inneren Konflikt befinden. Eine Bestrafung oder ein weniger kooperatives Vorgehen kann diese Haltung ja nur noch mehr komplizieren.

Bei stark retardierten kontinuierlichen Fällen, bei denen offensichtlich nach Eysenck eher die zweite Art von Störung vorliegt - Fehlen sozial gewünschter Hemmung, d.h. bedingende (erziehende) Prozesse fehlen primär - können aber mit positiver Bekräftigung verbundene Aversionsmaßnahmen von vorneherein günstige Erfolge erzielen. Diese Kinder sind in sozialer (kooperativer) Hinsicht ja schlecht ansprechbar. So erzielten Giles und Wolf (1966) von der University of Kansas, bei 5 stark retardierten Jungen in 9 Wochen durch gleichzeitige positive Bekräftigung und Aversionsreize 100%ige Besserung. Auch Schmist, Castell und Brown (1966) beschreiben in einer retrospektiven Studie von 42 Fällen von Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, die mit Verhaltenstherapie behandelt wurden, daß die besten Er-

folge mit positiver Bekräftigung und gleichzeitiger Aversionstherapie erzielt wurden.

Ralf 11 Jahre alt

Ralf ist das jüngste von 3 Geschwistern, mit denen er sich nicht gut versteht. Er wird von ihnen wegen seines Einkotens oft gehänselt und es gibt dann Streit. Ralf hingegen ärgert seine Geschwister und die anderen Kinder mit denen er zusammen ist. Es ist schnell aufbrausend, hysterisch und lügt sehr viel.

Mit 5 Jahren hatte man eine Nierenbeckenerweiterung - und entzündung rechts festgestellt und den rechten Harnleiter operativ erweitert. Die Operation sei jedoch erfolglos gewesen, weswegen 1 Jahr später eine Harnleiterverpflanzung beiderseits vorgenommen wurde. Im Ganzen ist er sechsmal wegen der Nierenkrankheit in der Essener Kinderklinik gewesen. Wegen seiner Nierenkrankheit und der Operation wurde Ralf von der Einschulung mit 6 Jahren zurückgestellt. Nach dem ersten Vierteljahr des 2. Schuljahres wurde er wegen unzureichender Leistungen in die erste Klasse zurückversetzt. Jetzt sind seine Leistungen wieder zufriedenstellend. Die Schularbeiten macht er selbstständig. In der Schule und in der Nachbarschaft hat er viele Freunde.

Ralf näßt und kotet regelmäßig tagsüber ein. In der Nacht kommt es nie vor. Wie oft er am Tage einkotet, kann die Mutter nicht sagen, da er sich dann heimlich umzieht und seine Hosen versteckt. Er selbst sagt, er merke gar nicht, wenn es kommt. In der Schule kotet er zwar nicht ein, seine Hosen seien dort eher kotverschmiert.

Die neurologischen Befunde waren unauffällig. Im EEG

zeigte sich eine gelegentliche höher gespannte theta - Aktivität,keine Seitenbetonung,keine Krampfaktivität, insgesamt leichte Allgemeinveränderungen.

Beim psychometrischen sprachfreien Test nach Raven erreichte Ralf eine IQ von 100,was einer Intelligenzkapazität im mittleren Durchschnittsbereich entspricht.

In der Kinderklinik war kein Anhalt dafür gegeben, daß es sich bei Ralf um eine Überlaufenkopresis handele. So wurde er dann mit einem verhaltenstherapeutischen Programm behandelt.

Er bekam für Stuhl zwischen dem Aufstehen und 9.00 Uhr jeweils 2 Chips,für jeden weiteren Stuhlgang 1 Chip. War die Hose sauber und trocken,so bekam er ebenfalls 2 Chips.Dieses wurde am Tage durch 4 Kontrolltermine geprüft.Für jedes Urinlassen bekam er 1 Chip.Da Ralf so einige Chips verdiente,wurde vor Therapiebeginn ein Plan aufgestellt,in dem festgelegt wurde,wieviel Chips er für Süßigkeiten und andere Vergünstigungen abgeben müsse.

z.B. für ein Gesellschaftspiel mußte er 2 Chips abgeben,für eine Fernsehsendung 4 Chips,für Süßigkeiten 2 Chips,
für Schwimmen 3 Chips,
für Reiten 4 Chips,
für Tischtennis 4 Chips,
für eine Stunde draußen spielen 4 Chips,
für Ballspielen 3 Chips,
für Besuch 6 Chips.

Zum Therapieverlauf wäre zu sagen,daß in den ersten 4 Tagen der Behandlung die Hose jedesmal kotverschmiert war.Somit bekam er auch keinen Chip.Am 5.Tag fand sich kein Stuhl zu allen 3 Kontrollterminen in der Hose und er bekam dafür dann seine 6 Chips.Vom 6 - 9 Tag war seine Hose ebenfalls nicht kotverschmiert. Vom 10 - 13 Tag war dann seine Hose jeweils mittags kotverschmiert.Am 14.Tag hatte er dann massiv eingekotet,während er in den nächsten 8 Tagen sauber war.

In den folgenden 4 Tagen war seine Hose wieder mit Kot verschmiert. Dann hatte er 2 Tage keinen Stuhlgang und auch an den nächsten 3 Tagen war seine Hose an jedem Kontrolltermin sauber; nur am letzten Tag hatte er eine verschmierte Hose, was vielleicht auch damit zusammenhing, daß er an dem Tag Besuch bekam.

Ralf wurde wegen seiner Enkopresis im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Programms behandelt. Bei insgesamt 6 wöchiger Behandlungsdauer ist natürliches Einnässen lediglich einmal aufgetreten. Tagsüber war die Hose des öfteren kotverschmiert und manchmal etwas feucht; als Ursache dafür ist die Nachlässigkeit des motorisch sehr aktiven Jungen in Bezug auf Reinlichkeit anzusehen.

Unter der Therapie zeigte sich eindeutig eine Tendenz zur Besserung, obwohl der Junge schwer für die Behandlung zu motivieren war. Leider mußte die Behandlung abgebrochen werden, da den Eltern eine weitere Therapie nutzlos erschien.

Als ich den heute 16-jährigen Jungen zu Hause aufsuchte, und ihn befragte, warum er denn die Therapie in der Klinik, zumal sie so erfolgreich war, abgebrochen hätte, sagte er mir, er habe keine Lust mehr gehabt noch länger dort zu bleiben. Zu Hause hat dann die Mutter das Belohnungssystem noch 1/4 Jahr fortgeführt. In Etappen war es dann vorbei. 4 Monate nachdem er die Klinik verlassen hatte, hat er dann überhaupt nicht mehr eingekotet. Heute treibt er sehr viel Sport. Als nächstes will er eine Fahrradtour nach Frankreich machen. Von Beruf ist er Maurer. Jetzt ist er sehr froh, daß er nicht mehr einkotet.

Andre' 12 Jahre alt

Über die Anamnese ist nichts bekannt. Bei der therapiebegleitenden Diagnostik konnte man ausgehend von der

auffallend niedrigen Konzentration beim Benton - Test und beim Southern - California - Figure Ground - Test. Hinweise auf einen möglicherweise vorliegenden leichten Hirnschaden bekommen. Intelligenzmäßig ist Andre' völlig normal entwickelt. Sein IQ ist mit 110/120 auf jedem Fall guter Durchschnitt.

Andre' selbst schildert das Symptom folgendermaßen: "Ich bekomme Bauchschmerzen, es wird mir schlecht und ich beginne dann zu würgen. Es besteht ein Brechreiz. Dann geht alles ganz schnell, so daß ich es nicht mehr halten kann und nicht mehr auf die Toilette komme."

Als vorausgehende Reizbedingung können angesehen werden:

Angst vor Versagen und dafür eine Bestrafung.

Ärger über nicht gelungenes Sich - Durchsetzen gegen seine Geschwister.

Konkret betrifft das eine schwierige Arbeit in der Schule, der Gedanke eine Arbeit nicht zu schaffen und dafür dann eine schlechte Note zu bekommen.

Andre' verfügt kaum über ein Verhaltensrepertoire zur Durchsetzung seiner Wünsche. Als Ziele werden gesetzt: Die Frequenz des Einkotens senken, dahingehend, daß möglichst kein Einkoten mehr besteht. Arbeitsverhalten in der Schule so stabilisieren, daß keine Angst mehr vor einer schlechten Note besteht. Durchsetzungsverhalten gegenüber Geschwistern und Klassenkameraden aufbauen. Gute Reizsituationen für Stuhlgang schaffen.

Zur Therapie:

1.) Andre' wurde über einen Zeitraum von 6 Wochen ambulant behandelt. Es wurden 4 Zeitpunkte festgelegt, an denen er auf die Toilette gehen mußte. Hatte er Stuhlgang, so bekam er dafür einen Punkt.

2.) Viermal wurde täglich eine Hosenkontrolle durchgeführt, jeweils vor dem Zeitpunkt zu dem er auf die Toilette geht. Hat er nicht eingekotet, bekommt er dafür ebenfalls einen Punkt.

3.) Festsetzung der Punktemenge. Es werden Eintauschmöglichkeiten festgelegt. Ferner bekam er für jede saubere Hose einen Punkt, für jeden Stuhlgang außerhalb der festgesetzten Zeiten gab es 2 Punkte, für jeden Stuhlgang zur festgesetzten Zeit 3 Punkte. Kotete Andre' ein, so verlor er alle Punkte.

4.) Täglich wurde ein Gespräch mit Andre' geführt, in dem er verbalisieren sollte, was ihn am Tage geärgert hatte, oder was er anders haben möchte. Ebenfalls wurde im Gespräch eine Alternativstrategie zum Durchsetzungsverhalten entwickelt.

In dem Zeitraum, in dem das Protokoll über sein Stuhlverhalten geführt wurde, ist Andre' nahezu regelmäßig um 7.00 Uhr, 13.00, 15.00 und 19.00 Uhr zur Toilette gegangen. An den ersten 2 Tagen hatte Andre' keinen Stuhlgang gehabt. An den folgenden 4 Tagen hatte er dann wieder Stuhlgang, wobei die Tageszeiten jedoch stets wechselten. Dann folgten wieder 2 Tage, an denen er keinen Stuhlgang hatte, an den nächsten 4 Tagen hatte er dann wieder regelmäßig Stuhlgang.

Das Belohnungssystem wurde gestaffelt. So gab es für 6 - 7 Punkte eine kleinere Belohnung als für 8 - 9 Punkte. Für 6 - 7 Punkte gab es häufig eine DM oder ein Eis, während es für 8 - 9 Punkte schon zwei DM oder ein Comic - Heft gab.

So konnte auch in diesem Fall die Enkopresis mit den durchgeführten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zum Verschwinden gebracht werden. Die Mutter wurde angehalten, die Maßnahmen noch mindestens 1/2 Jahr weiterzuführen und Andre' zu überwachen.

Nach 27 Tagen war dann der erste Kontrolltermin. Das Symptom war nach 2 Wochen völlig verschwunden. Das soziale Verhalten von Andre' wird als positiv verändert geschildert. Für weitere 4 Wochen wurde dann das Programm weitergeführt.

Als ich mich dann telefonisch bei Andre' anmeldete,

um ihn zu besuchen, teilte er mir mit, daß ich ihn nicht aufsuchen sollte, weil er über die ganze Angelegenheit nicht mehr sprechen möchte. So konnte ich leider nicht erfahren, ob in den letzten 3 Jahren Einkoten noch einmal bei ihm vorgekommen ist.

Volker 11 Jahre alt

Volker ist das letzte von 4 Geschwistern. Es hat sich völlig normal entwickelt. Seine Anamnese ist unauffällig. Er sieht gerne Fern und interessiert sich für Fußball. Der Beginn des Einkotens war 1970 mit 5 Jahren. Vorher (mit 2 Jahren) war er sauber gewesen. Einen Monat nach dem Tode seiner Großmutter begann Volker mit dem Einkoten. Er war alleine bei seiner Oma, als diese an einem Herzinfarkt starb. Volker sollte Hilfe holen, konnte es aber nicht. Die Großmutter beschäftigte sich am meisten mit Volker. Ihr Tod war für ihn ein großer Verlust.

Einen Monat nach ihrem Tode begann Volker dann, wie schon erwähnt, mit dem Einkoten. Hat Volker Verdauung gehabt, so kotete er 2 - 3 Tage nicht ein, ansonsten passierte es ihm ungefähr fünfmal in der Woche. Er merkte, wenn Stuhldrang bestand und versuchte auch dann noch die Toilette zu erreichen, dann war es aber meistens schon zu spät. Nachts und in der Schule kotete er kaum ein, nur zu Hause und wenn seine Geschwister ihn herumkommandierten. Er wechselte dann die Unterhosen und bringt sie in den Keller zur Wäsche. Die Eltern haben einen großen Bauernhof und wenig Zeit sich um den Jungen zu kümmern. Auch Volker wurde ambulant behandelt.

In der Klinik wurde nach umfangreicher Exploration der aktuellen Problemlagen mit der Aufstellung eines verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammes, dessen Schwerpunkte auf der Entwicklung eines strukturierten

Testplanes und auf einem Training der Wahrnehmung von Körperfunktionen beruhte, begonnen. Mit der Mutter wurden in regelmäßigen Abständen Beratungsgespräche über die konkrete Therapiedurchführung geführt. Da Volker nicht in der Klinik blieb, führte die Mutter über einen Zeitraum von 3 Wochen zu Hause ein Protokoll. Vorher wurde zu den festgesetzten Zeiten um 7.30, 13.00, und 16.30 Uhr Volker auf die Toilette geschickt. Dabei hat er dann jeden Tag Stuhlgang gehabt und in 3 Wochen nur 3 mal eingekotet. Nach weiteren 4 Wochen soll das Symptom dann ganz verschwunden gewesen sein. Es ist allerdings hier in Frage gestellt, ob das Protokoll genau geführt und die Therapie intensiv durchgeführt worden ist. Der Mutter ist nach dem letzten Gesprächstermin geraten worden, noch 2 - 3 Monate streng das von der Klinik angeregte Programm zur Verfestigung der neuen Fähigkeiten durchzuführen.

Als ich die Familie 3 Jahre nach Beendigung der Behandlung zu Hause aufsuchte, erfuhr ich, daß Volker seit 2 Jahren wieder einmal in der Woche einkotet. Meines Erachtens hat die Mutter in der Reinlichkeitserziehung ihres Sohnes die Verhaltenstherapie nicht intensiv genug durchgeführt.

Sicherlich lag der Grund des Einkotens von Volker im 5. Lebensjahr darin, daß er dabei war, unfähig etwas zu tun, als seine Großmutter, die ihn ja auch mehr oder weniger erzogen hat, starb. Das konnte der kleine Junge nicht verkraften. Als das Belohnungssystem weitergeführt wurde, hat er ja auch nicht mehr eingekotet.

Die Mutter hat es dann vorzeitig abgebrochen. Überhaupt schien es mir, als ob ^{sie} sich nicht sonderlich über das Einkoten Gedanken mache. Sie schien mir eher oberflächlich, vielleicht natürlich auch dadurch, daß sie als Bäuerin auf dem Hof viel Arbeit hat. So sagte sie mir wörtlich: "Ja, was will man machen, irgendwann wird sich das schon mal geben."

Volker geht jetzt auf das Gymnasium. Auf dem Weg von der Schule bis zu seinem Elternhaus muß er 3 Kilometer laufen und dann kotet er gelegentlich ein. Oft ereignet es sich auch, wenn er eine schlechte Arbeit mit nach Hause bringt. In der Schule ist er durchschnittlich. Er hat ein eigenes Zimmer und versteht sich jetzt mit seinen Geschwistern besser. Er ist ein aufgeweckter, netter Junge, der sich sehr für Modellbau, Fußball und Tennis interessiert.

Thomas 12 Jahre alt

Nach einer unauffälligen, frühkindlichen Entwicklung von problemloser Sauberkeitserziehung begann Thomas im Alter von 6 Jahren erneut einzukoten. Die Störung begann mit der Einschulung. Thomas geht mit seiner Zwillingsschwester Maria zur Schule, die leistungsmäßig besser ist. In der Schule und auch zu Hause befindet er sich stets in einer Konkurrenzsituation mit ihr, wobei sich die erfolgreiche Schwester besser durchsetzt. Thomas leidet sehr unter seiner Störung und versucht sie möglichst zu verheimlichen, bzw. durch sehr angepaßtes Verhalten zu kompensieren. Seine Schwester hänselt ihn des öfteren und droht ihm, überall zu erzählen, er sei ein "Hosenscheißer". Mit seiner Mutter versteht Thomas sich sehr gut; der Vater hat angeblich wegen beruflicher Überbelastung wenig Zeit für seine Kinder, hängt aber sehr an dem 4-jährigen Nachkömmling der Familie - Thomas Bruder Wolfgang. Zu seinen Geschwistern hat Thomas ein gutes Verhältnis, auch mit seinen Freunden versteht er sich sehr gut.

Sein Vater hält Thomas für körperlich krank. Seelische Schwierigkeiten will er nicht gelten lassen.

In der Schule hat Thomas Schwierigkeiten in Deutsch, besonders mit der Rechtschreibung.

Vom 18.9. - 5.11.74. befand sich Thomas im Westfäli-

schen Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik. Auch hier kotete er regelmäßig täglich ein. Es wurde darauf hin eine Tryptizol - Kur eingeleitet. Außerdem wurden zur Darmregulierung 2x1 Tabl. Dihydrogot ret. und abends 1/2 Eßlöffel Obstinol vor dem Schlafengehen verordnet. Diese Maßnahmen brachten einen raschen Erfolg. So konnte Einkoten in der letzten Woche dann nicht mehr beobachtet werden. Zu Hause kotete er dann nach einiger Zeit wieder ein.

Am 24.11.76 - 30.11.76 wurde Thomas dann in der Universitäts - Kinderklinik aufgenommen. Die Aufnahme erfolgte zur Klärung der Frage, ob die seit längerer Zeit bestehende Enkopresis eine organische Ursache habe. So tastete man im linken Unterbauch bis Nabelhöhe einen Strang fester Skybala. Ansonsten war der Junge intern und neurologisch unauffällig. Nach mehreren Einläufen und Gabe von Obstinol wurde eine Woche später ein Kolonkontrasteinlauf durchgeführt. Dabei zeigte sich unter Prallfüllung ein gewundenes Sigmoid und ein stark haustriertes Colon descendes. Das Colon ascendes war weiter als das Colon descendes. Die starke Haustrierung des Colon descendes zeigte sich auch unter der Entleerung und sprach für eine spastische Komponente. Daraufhin sollte eine schlackenreiche Kost verabreicht werden.

Im Dezember wurde Thomas dann in der Kinder - und Jugendpsychiatrie der Westfälischen Wilhelms - Universität in Münster aufgenommen.

Die neuropsychiatrische Untersuchung ergab keinerlei Auffälligkeiten. Im Hamburg - Wechsler - Intelligenztest für Kinder erzielte Thomas mit einem Gesamt IQ von 116 einen Wert, der auf eine hohe Intelligenz verwies.

Zum Verlauf wäre zu sagen, daß Thomas wegen der Obstipation schlackenreiche Kost erhielt. Mit Hilfe von Einläufen wurde eine regelmäßige morgentliche Stuhlentleerung erreicht. Diese blieb auch nach allmählichem Absetzen der Einläufe stabil.

Außerdem wurde die Enkopresis verhaltenstherapeutisch behandelt. Dabei wurde für Stuhlvorzeigen und saubere Hosen bei Kontrollen, sowie für den durch Einlauf entleerten Stuhl Verstärker in Form von Chips gegeben.

So bekam er für Stuhlentleerung 5 Chips, für eine saubere Hose 2 Chips und für Sauberkeit in der Nacht 1 Chip. Diese erhaltenen Chips tauschte er dann: für Fernsehen 2 Chips, für Ausflüge 5 Chips usw. ein.

Nachdem Thomas über längere Zeit konstant sauber war, wurde er zunehmend zur Selbstkontrolle angeleitet. Das Programm wurde stufenweise abgesetzt, so daß er für Stuhlgang weniger Chips bekam. Dann führte Thomas sogar selbst die Notitzen. Am Ende von 3 1/2 Wochen war er durchgehend sauber.

Außerdem lernte er in einer Jugendgruppe sich vor anderen zu seiner Störung zu bekennen. Hier sollte er seine Aktivitäten möglichst mit anderen ausführen. So schlug er einmal als Thema vor: "Kritik an der Gruppe und an der Klinik." Er fand positive und negative Kritikpunkte, die er auch gut vorbrachte. So gab er die Verheimlichungsmaßnahmen auf und lernte, daß er dadurch nicht mehr so gehänselt werden konnte, und nicht mehr in Ängsten vor Entdeckung der Störung und vor Verpetztwerden ^{zu} leben brauchte. Auch war er lange nicht mehr so gehemmt und verschlossen.

Am Entlassungsgespräch, das 3 1/2 Wochen nach seiner Aufnahme erfolgte, nahmen seine Eltern, seine Zwillingsschwester und sein jüngster Bruder (der Nachkömmling) teil. Thomas sollte weiter schlackenreiche Kost bekommen. Außerdem sollte er sich weiter zu regelmäßigen Stuhlentleerungen morgens erziehen und Notitzen machen. Damit das neue Verhalten stabil bleibt, ist eine weitere Betreuung durch eine Erziehungsberatungsstelle sinnvoll. Mit seiner Familie und der Erziehungsberatungsstelle wurde eine Nachbetreuung vereinbart. In der Familie soll Thomas von der Konkurrenzsituation mit der Schwester entlastet werden. Da er noch etwas unsicher ist, braucht er noch sehr viel positive Verstärkung.

Seine Eltern wurden entsprechend beraten und seine Zwillingschwester über ein Verstärkungsprogramm zur Mitarbeit angehalten.

Auch Thomas habe ich 3 Jahre später zu Hause aufgesucht. Die Mutter erzählte mir, daß Thomas immer noch einmal in der Woche einkotet. Er sei nach seiner Klinikentlassung nur 2 - 3 Wochen sauber gewesen. Die Mutter sollte das Belohnungssystem nach der Entlassung weiterführen, hat es jedoch nicht gemacht, weil seine Geschwister dann das Gefühl haben könnten, Thomas würde bevorzugt. Sie macht jetzt mit ihm Gesprächstherapie und sagt mir, daß er seine Bäckerlehre dann wohl abbrechen müsse. Früher hat die Mutter Thomas seine Hosen selber waschen lassen. Manchmal versteckt er sie oder er steckt sich Watte oder Toilettenpapier in die Hose. Der Vater weiß nicht, daß sein Sohn gelegentlich wieder einkotet.

Seine Kontaktschwierigkeiten, die er vor seinem Klinikaufenthalt gehabt hat, sind verschwunden. Seine Hauptinteressen sind Mopeds, Autos und Lesen.

Jürgen 11 Jahre alt

Jürgens Entwicklung ist völlig normal verlaufen. Er ist das letzte von 4 Geschwistern. Er hat sich bis zum 3. Lebensjahr normal entwickelt und war sauber und trocken. Zwischen dem 4. und 5. Jahr hat er dann begonnen, mehrmals täglich einzukoten, jedoch nur am Tage und nie in der Nacht. Der Junge gibt an, er vergesse einfach, zur Toilette zu gehen. Meistens passiert es beim Spielen. Über sein Verhalten zu seinen Mitmenschen kann man sagen, daß Jürgen sehr beliebt ist, lebhaft und gerne tobt. Er ist sehr anhänglich, besonders seiner Mutter gegenüber. Beim Spielen mit anderen Kindern will er gerne die Führungsposition übernehmen. Der Junge hat ein auffälliges ERverhalten. Er ißt viel Süßes und hat viel Durst. (Verdacht auf Diabetes hat

sich nicht bestätigt.)

Zu den Eltern wäre zu sagen, daß die Mutter zurückhaltend und etwas unsicher ist. Sie ist sehr labil und weint oft, ohne besonders erkennbare Anlässe. Am Anfang der Ehe, als noch keine Kinder da waren, hat sie einen Nervenzusammenbruch gehabt. Sie selbst sagt, sie sei sehr nervös. Der Vater scheint eher unfähig, seinen Sohn zu beurteilen. Er zeigt die Tendenz ihn immer im rosa-roten Licht darzustellen. Er wirkt insgesamt unsachlich und etwas oberflächlich.

Die organenneurologischen Befunde waren unauffällig. Röntgenaufnahme des Schädels o.B. - Urin und Blutbild o.B. Im EEG zeigten sich fragliche leichte Allgemeinveränderungen. Beim Colonkontrasteinlauf zeigte sich ein normaler Befund, kein Hinweis auf ein Megacolon. Die Intelligenztestung nach Raven matrices ergab einen IQ von 110/115. Jürgen war 37 Tage stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik in Münster.

Therapie: Zunächst soll der Junge seine Hosen selbst auswaschen, sich beim Gang zur Toilette melden und sauberes Abputzen unter Kontrolle erlernen. Es wurde ein Belohnungssystem für saubere Hosen eingeführt, bei dem der Junge gut mitmachte. In der ersten Zeit bekam er für eine saubere Hose 2 Chips. Hatte er Kot in der Hose bekam er keinen Chip. Wenn er zur Toilette ging, mußte er Bescheid sagen, und es wurde kontrolliert, ob er Stuhl gemacht hatte.

Für die Chips konnte er sich dann etwas wünschen. Hatte er genug Chips zusammen, konnte er, wenn er wollte, fernsehen. Dafür wurden ihm dann aus seinem Bestand 3 Chips abgezogen. Die ersten 5 Tage wurde noch kein Belohnungssystem durchgeführt und die Hose war jeden Tag auch mehrere Male kotverschmiert.

Vom 6. Tag an wurde seine Hose dann 4 - 5 mal täglich kontrolliert. Morgens gegen 10.00 Uhr, mittags gegen 12.00 Uhr, nachmittags gegen 17.00 Uhr und abends gegen

1 9.00 Uhr. An den folgenden 3 Tagen war seine Hose jeweils einmal kotverschmiert. Somit hatte er sich jeden Tag 6 Chips verdient. Am 9. Tag war zum ersten Mal seit Aufführen des Protokolls die Hose frei von jedem Kot und er hatte die volle Chipszahl von 8 erreicht. Am 10. Tag hatte er ebenfalls eine saubere Hose. Am 11. Tag war seine Hose dann nachmittags und abends zweimal beschmutzt. In den nächsten 3 Tagen war er dann wieder nicht völlig sauber gewesen. Die folgenden 4 Tage kotete er nicht ein. Am 19. und 20. Tag war seine Hose wieder mit Kot verschmiert.

Vom 22 Tag an bekam er nur noch einen Chip für eine saubere Hose. Auch für Stuhlgang auf der Toilette gab es nur noch 1 Chip. Von diesem Tag an bis zu seiner Entlassung war er 14 Tage ununterbrochen sauber. Auch nach dem Spielen oder Turnen war kein Kot in seiner Hose zu finden. Zu seinen Belohnungswünschen zählten: Schwimmen, zusätzliches Turnen, (da er schon in der Therapie Gruppengymnastik machte) Fernsehen, Stadtbummel, Süßigkeiten, Zoobesuch und Kinobesuch.

Bei meinem Besuch bei den Eltern 6 Jahre nach der Klinikentlassung bestätigten sie mir, daß ihr Sohn seit seiner Entlassung völlig sauber ist. Er macht jetzt eine Autoschlosserlehre. Die Mutter führte auch zu Hause das Belohnungssystem konsequent weiter. "Im Guten kommt man mit ihm besser aus, schimpft man mit ihm, wird er bockig". Er ist schnell reizbar und aufbrausend, vergißt es dann aber wieder sehr schnell. In letzter Zeit habe er manchmal über Schweißausbrüche und Angstzustände geklagt.

Er hängt immer noch fürchterlich an seiner Mutter, was auf einem Bild, das seine Mutter und ihn zeigt, zum Ausdruck kommt, unter das er geschrieben hat: "ich liebe meine Mutter". Er hat zu Hause ein eigenes Zimmer und fühlt sich bei seinen Eltern, die eine kleine Gastwirtschaft auf dem Lande haben, sehr wohl.

Odilo 13 Jahre alt

Der 13 jährige Junge war vom 3. Januar bis 21. März 1970 stationär auf der Kinder und Jugendpsychiatrischen Abteilung der Universitäts Nervenklinik.

Aus der Familienanamnese ist zu entnehmen, daß der Vater nicht das geringste Verständnis für die Verhaltensweise seines Sohnes aufbringt. Der Vater verprügelt ihn mehrmals in der Woche. Die Mutter konnte sich nie viel um ihren Sohn kümmern, da sie in ihrem Bäckerbetrieb tätig war. Ihm ist es sehr peinlich, über das Einkoten ihres Sohnes zu sprechen. Sie errötet dabei. Sie wirkt in ihrer Haltung zu ihren eigenen Erziehungsmaßnahmen sehr unsicher, glaubt in ihrer Erziehungshaltung oft nicht konsequent genug gewesen zu sein.

Odilo hat keine feste Bezugsperson, somit wurden ihm bereits sehr früh Befriedigungserlebnisse oraler Art vorenthalten, aus der sich dann eine typische neurotische Fehlreaktion entwickelte. Odilo reagierte darauf mit Weinen, Stören und Wehrigsein. Auch die Beobachtung der Reinlichkeitserziehung durch die Mutter ließ nach, da sie sich sehr intensiv um die neugeborene Tochter kümmerte, die sie doch so gerne schon an Odilos Stelle gehabt hätte. Darauf protestierte der 5-jährige Odilo durch erneutes Einkoten, trotzdem er schon mit 2 Jahren sauber gewesen war.

Vor Beginn der Behandlung kotete Odilo jeden Tag bis zu zweimal ein. Während seines stationären Aufenthaltes wurde am 1. Tag ein EEG angefertigt, bei dem sich aber keine Hinweise für eine hirnorganische Ursache der Enkopresis ergaben.

Dann wurde ein Therapieplan aufgestellt, bei dem der Junge zu festgesetzten Zeiten zur Toilette geschickt wurde. Er sollte versuchen Stuhlgang zu machen, mußte seine Hose vorzeigen und eventuell den Stuhlgang, wenn er welchen gemacht hatte.

Für saubere Hose und Stuhlgang wurde in seinem Beisein

ein Vermerk in ein Buch eingetragen. Für den Vermerk saubere Hose bekam er 1 Punkt, für den Vermerk Stuhlgang 1-3 Punkte, je nach der Menge.

Für die Punkte erhielt er Belohnungen, die er sich dann aussuchen durfte.

In Frage kamen:

- 1.) Süßigkeiten oder Obst
- 2.) Ausgang mit einer Schwester
- 3.) Spielen mit einem nur für ihn vorgesehenen Baukasten
- 4.) Schreiben auf einer Schreibmaschine
- 5.) Schachspielen mit einer Schwester
- 6.) Tischtennispielen

Für 1 Punkt erhielt er z.B. ein Kaugummi, für 3 Punkte 1/4 Std. Ausgang etc. Die Unterhosen legte er zu Beginn in einen Eimer, der für ihn bereit gestellt wurde.

Nach einer Beobachtungszeit von 5 Tagen, in denen er täglich und auch nachts einkotete, wurde mit der Therapie begonnen. In der Anfangsphase versteckte Odilo seine schmutzigen Hosen in dem Schrank. Da er fast immer mittags Stuhlgang gehabt hatte, wurden zwei Kontrollzeiten weggelassen. Morgens und mittags sollte er versuchen, Stuhlgang zu machen.

In den ersten 14 Tagen hatte er fünfmal eingekotet und viermal war seine Hose befleckt, was dadurch zustande kam, daß er sich seinen After nicht richtig abwischte. Ihm wurde dann bei der Defäkation ein Spiegel umgehängt, so daß er selbst kontrollieren konnte, ob sein After sauber war. In den nachfolgenden 3 Wochen hatte er noch sechsmal Kot in seiner Hose. In dem nächsten 18 - täglichen Intervall hatte er nur noch dreimal einen nicht mehr trockenen abwischbaren Rand dort am After, wo vorher Kot saß. In den folgenden 24 Tagen hatte Odilo nur noch zweimal etwas Kot in der Hose. Die Kontrollzeiten wurden auf drei reduziert. In den letzten 4 Wochen hatte der Junge dann keinen Kot mehr in der Hose.

Bei der Entlassung wurde die Mutter gebeten, daß sie

noch:

- 1.)den Stuhlgang kontrollieren und belohnen sollte,
- 2.)den After stichprobenweise vor der Defäkation ansehen müsse,
- 3.)den Jungen mit der Weiterführung seines Heftes betrauen sollte und
- 4.)die Hosen in Gewahrsam nehmen und die am Tage getragenen Hosen abends ansehen solle und mit einer Kleinigkeit belohnen.

Der Junge hatte zu Hause keinen Kot mehr in der Hose.

Der Vater wurde darauf hingewiesen,daß er sich mehr mit dem Jungen beschäftigen müsse,weniger zeitlich,als auf die Stärke des Kontaktes hin gesehen.

So konnte mit 11 Wochen Verhaltenstherapie der Abschluß der Enkopresisbehandlung erzielt werden.

Bevor Odilo laufen konnte,wurde er der Sauberkeitserziehung unterworfen,die sich noch durch besondere Härte (stundenlanges auf dem Töpfchen sitzen) auszeichnete.Als im Alter von 5 Jahren die zu erwartende Regression bei der Geburt einer jüngereren Schwester eintrat,wollte er unbewußt die Mutter wieder an sich binden.Seitens der Mutter traf er auf kein Verständnis;sie ließ ihn jahrelang durch den Vater hart strafen.Dieses und die stark ausgeprägte Sauberkeitshaltung der Mutter,vor allen Dingen aber die zu Tage tretende starke Aversion gegen den Vorgang der Defäkation deutete auf einen zwangsneurotischen unterlegten Charakter hin.

Odilo wurde nicht den langsamen,liebvollen Weg bis zur autonomen Verhaltensweise geführt.Auch wird er aggressive Impulse gegen die zu hart strafenden Eltern durch sein Einkoten abreagiert haben.

Bei meinem Besuch des inzwischen 24-jährigen Odilo sagte er mir,daß er auch später nicht mehr eingekotet habe.Befassen tut er sich jetzt viel mit Zen,einer Religionsform aus China und Japan,mit Literatur und Malerei.Bis vor zwei Jahren sei er sehr nervös gewesen und habe dann Yoga gemacht.Ab und zu hat er noch

Depressionen, ("das Leben ist schlecht") was aber m.E. mehr auf seine familiäre Situation zurückzuführen ist. Er ist verheiratet und lebt in einer Wohngemeinschaft in einer Baracke. Seine Frau lebt in einer anderen Baracke etwa 20 Meter von ihm entfernt. Sie hätten sich schon 1 Jahr nicht mehr gesehen.

Guido 6 Jahre alt

Zur Eigenanamnese wäre zu sagen, daß Guido als Säugling sehr brav gewesen ist. Sprechen lernte er erst sehr spät. Mit 2 Jahren konnte er gut laufen. Er war eigentlich immer schwierig und ängstlich. Das bemerkte man vor allem im 2. Lebensjahr, als er nicht mehr alleine schlafen wollte. Seine Ängstlichkeit zeigte sich vor allem im Spiel mit anderen Kindern. Es war oft ein Nichtzutrauen. "Das kann ich nicht, davor habe ich Angst". Dieses ängstliche Verhalten hat sich noch nicht gebessert. Er schreit immer laut, wenn er z.B. zum Friseur muß. Wenn er etwas nicht zu Essen mag, bekommt er extra etwas anderes gekocht. Beim Spiel versucht Guido immer den Ton anzugeben. Vom 3. Lebensjahr an besuchte Guido den Kindergarten. Er war gegenüber den anderen Kindern dort sehr zurückhaltend, sehr schwierig und konnte sich nur mühsam in die Gemeinschaft einordnen. Er war sehr langsam und zeigte kleinkindhaftes Verhalten. Seine 17 Jahre alte Schwester mag er sehr gerne. Gibt ihr aber nie etwas ab.

Über die Ehe der Eltern ist bekannt, daß sie zunächst nicht ganz harmonisch verlaufen ist. Lange Zeit haben erhebliche Schwierigkeiten bestanden. 1 Jahr nach der Geburt des Jungen habe man sich dann wieder besser vertragen. Guido sei sozusagen ein Versöhnungskind gewesen.

Der Vater leidet unter Depressionen, deretwegen er bereits mehrfach stationär behandelt worden ist.

Guido ist noch nie richtig sauber gewesen. Nach einem Krankenhausaufenthalt vor 2 Jahren war er allerdings für einige Wochen trocken. Er näßt und kotet ständig ein. Die Eltern haben mit 1 Jahr mit der Sauberkeits-erziehung begonnen. Guido wurde regelmäßig auf den Topf gesetzt, er mußte aber nie lange Zeit sitzen. Das Einkoten passierte zu unterschiedlichen Zeiten. Man hat oft den Eindruck, daß der Junge den Kot zurück-hält. Die Stuhlentleerung erfolgt meist alle 3 - 4 Tage. Falls das selten einmal auf der Toilette geschieht, wischt er sich nicht ab. Auch wenn Guido massiv ein-kotet, macht ihm das nicht viel aus. Nachts ist er meis-tens sauber. Er wird von der Mutter gegen 23.30 Uhr und 1.00 Uhr je einmal aufgenommen. Über Tag näßt er häu-fig ein. Das Einkoten passiert meistens nachmittags. Gelegentlich sagt Guido auch, daß er zur Toilette muß.

Die Eltern haben alles versucht, um das Kind trocken zu bekommen. Häufig hat er besonders vom Vater Schläge bekommen und ist beschimpft worden. Er hat aber auch Belohnungen erhalten. Auch mußte er seine Wäsche selber auswaschen. Man hat auch versucht, Guido bei seinem Ehrgefühl zu packen: "Er müßte doch bald in die Schule, dann würden die anderen Kinder pfui sagen". Auf ärztlichen Rat hin wurde auch versucht, die Unsau-berkeit nicht zu beachten. Auf liebevolle Zuwendung der Schwester reagierte er oft mit Schimpfwörtern.

In seinen Bewegungen wirkt der Junge wie ein 3 - 4 jähriges Mädchen. Er spricht auffallend langsam und ein wenig lispelnd. Er ist sehr ängstlich und traut sich wenig zu. Mit gleichaltrigen oder jüngeren Kin-dern kann er allerdings sehr lebhaft, sogar wild sein. Er ist sehr unselbstständig, kann sich nicht alleine an - und ausziehen. Bei den Besuchen der Angehörigen wird er von diesen wie ein Baby behandelt. Die Mutter und die 17-jährige Schwester schmusen ständig mit ihm. Körperlich ist Guido altersentsprechend entwickelt. Allgemein - und neurologischer Befund normal. IQ: 111 nach Binet.

Bei der Behandlung wird dem Jungen zunächst erklärt, daß er in der Klinik nicht bestraft würde, wenn seine Hose schmutzig oder naß sei. Er wird am Tag aufgefordert, zu bestimmten Zeiten zur Toilette zu gehen. Jede Entleerung wird dort mit einem oder bei Stuhl mit mehreren Punkten belohnt. Die Hosen werden zunächst 6 - 7 mal kontrolliert. Sind sie sauber, so bekommt Guido 1 Punkt. Für die Punkte erhält er dann Süßigkeiten oder Bilder. Er wird mehrmals zu bestimmten Zeiten gefragt, ob er zur Toilette gehen müsse. Vom 4. Tag an gelingt ihm hier fast täglich eine Stuhlentleerung. In den ersten 14 Tagen ist die Hose des Jungen meistens 1 - 2 mal täglich mit Kot verschmiert. Dann ist Guido 4 Tage sauber. Am nächsten Montag und Dienstag (Sonntag Besuch der Eltern) ist die Hose wieder kotverschmiert. Am Donnerstag um 14.00 Uhr kotet er massiv ein. Kurz darauf kommen wie erwartet - die Eltern zu Besuch. Vom 26. - 42. Tag kein Einkoten mehr. Guido hat dann eine Wunde am Fuß und darf deswegen nicht mit zum Schwimmen. In den nächsten 5 Tagen ist die Hose wieder einmal mit Kot verschmiert. Dann 3 Wochen keine Enkopresis mehr. Einen Tag vor der Entlassung, am 70. Behandlungstag ist die Hose wieder leicht mit Kot verschmiert.

Durch Bestärkung altersentsprechender Verhaltensweisen wurde Guido etwas jugenhafter und selbstständiger. Es setzt sich anderen Kindern gegenüber besser durch und war weniger ängstlich. Mit dem selbstständigen Anziehen hatte er immer noch Schwierigkeiten. Nach der Entlassung wurde den Eltern geraten, die Therapie in ähnlicher Weise zu Hause weiterzuführen. Hier ergab sich zunächst die Schwierigkeit, daß sie den Jungen auf eine Flugreise zum Mittelmeer mitnahmen. Nach der nächsten Untersuchung 3 Monate später ist zu erfahren, daß Enkopresis und Enuresis wieder aufgetreten sind, wenngleich nicht ganz so häufig wie früher. Eine Überprüfung der Erziehungsmethoden der Eltern ergibt, daß

diese mindestens zwei Mängel aufwiesen: sie wurde nicht konsequent genug durchgeführt und die Belohnung durch Notieren eines Kreuzchens in einem Heft war dadurch unwirksam, weil nur für 5 Kreuzchen eine Belohnung versprochen wurde, eine Anzahl, die Guido nie erreichte.

Einen Monat später war der Zustand eher noch schlechter. Interessant ist die Aussage des Vaters, daß Guido in fremder Umgebung nicht einkotet, sondern nur zu Hause. Es wird außerdem über Aggressivität des Jungen geklagt. Guido besucht mit Erfolg einen Schulkinder- garten und ist dort auch ziemlich sauber.

Es handelt sich hier um eine kontinuierliche mit Enuresis verbundene Enkopresis. Die Ursache liegt in der Familiensituation: Psychische Labilität des Vaters, erhebliche Ehekonflikte vor der Geburt des Kindes und auch später; ungünstige Erziehungseinflüsse von beiden Eltern und der 11 Jahre älteren Schwester; erhebliche Verwöhnung. Die Mutter braucht in ihrer unglücklichen Ehe ein Objekt für ihre liebevolle Zuwendung, welches sie nicht dadurch zu verlieren wünscht, daß es zu einem selbstständigen Individuum heranwächst. Innerhalb von 70 Tagen stationärer Behandlung gelingt es durch operantes Konditionieren bezüglich des Stuhls praktische Sauberkeit zu erzielen. Die Enuresis wird wesentlich gebessert. Nach der Entlassung kommt es allerdings wieder zu Rückfällen. Leider konnte ich den Jungen nicht zu Hause aufsuchen, da nach einem Umzug seine Adresse nicht zu erfahren war.

D: Was ist Verhaltenstherapie?

Die Verhaltensmodifikation entwickelte sich vornehmlich aus der Pawlowschen Neurophysiologie und vor allem aus der amerikanischen behavioristischen Psychologie

zu Beginn der zwanziger Jahre dieses Jahrhunderts. Sie hat das Ziel, erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen und unerwünschte zu eliminieren. In der Verhaltenstherapie ist es nicht möglich, von einer einzigen klar umschriebenen Technik zu sprechen. Die möglichen Verhaltensstörungen werden mit verschiedenen therapeutischen Methoden behandelt. Eine Vielzahl von Faktoren wirkt in den meisten therapeutischen Einzeltechniken, so daß mehrere theoretische Erklärungen für ihre Wirkungsweise herangezogen werden können. Die Lerntheorien liefern ein Grundgerüst, auf dessen Prinzipien die Verhaltenstherapie aufbaut. Beim "Lernen am Erfolg" ist die Skinner-Box am bekanntesten. Es handelt sich dabei um einen reizarmen Käfig, in dem das Versuchstier eine Futterpille (Verhaltenskonsequenz) erhält, wenn es zuvor eine Taste (Reaktion) niedergedrückt hat. Man kann sagen, daß die Verhaltenstherapie bezüglich der Ätiologie das Konzept psychologischer Probleme als "Krankheiten" aufgrund früher Fehlentwicklungen der Persönlichkeit akzeptieren. Das zu ändernde Verhalten ist nicht oberflächliches "Symptom" oder Manifestation einer zugrunde liegenden Krankheit, sondern das Problem des Patienten. Dieses Problem ist kein Surrogat eines Konfliktes oder unbewußter Ausdruck eines blockierten Wunsches, sondern eine gelernte Reaktion mit nachteiligen Folgen für den Patienten oder seine Umgebung, gleichgültig wie es erworben wurde. Die Behandlung zielt auf das Problemverhalten, nicht auf eine zugrundeliegenden hypothetischen Konflikt oder unbewußten Kampf innerhalb der Persönlichkeit des Patienten. Die Behandlungstechniken sind auf das individuelle Problem des Patienten zugeschnitten, nicht auf eine diagnostische Bezeichnung seines Zustandes oder seiner Persönlichkeit. (Käuffer und Philipps 1970). Dadurch ist der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten des Patienten breiterer Raum gegeben.

E: Die Behandlung der kindlichen Enkopresis mit Verhaltenstherapie

Die Enkopresis ist zwar ein viel seltenerer "Kinderfehler" als die Enuresis, kann aber in schweren Fällen für alle Beteiligten, das einkotende Kind und die Eltern zur Qual werden. Die Genese des Einkotens läßt sich auf verschiedene Weisen verstehen. Auf der einen Seite wird auf eine organische Komponente, eine cerebrale Funktionsschwäche, das nahe Beieinanderliegen des Defäkationszentrums mit dem der Aggression und vegetative Funktion im Zwischenhirn hingewiesen, andererseits der Einfluß der Umwelt, vor allem der Familie, betont. Daraus wird dann auch eine psychoanalytische Interpretation abgeleitet. Als weiterer Aspekt kann der ethologische gelten, indem die Defäkation und die Funktion des Stuhls mit Verhaltensweisen bei Tieren verglichen werden (Meyerhoff). Unabhängig von der Interpretation scheint eine Beobachtung für die Mehrzahl der Fälle von Enkopresis Gültigkeit zu haben: die gestörte Beziehung des Kindes zu seiner Mutter (Anthony, Aspley und Mac Keith u.a.).

Auch in unseren Fällen handelt es sich bei der Enkopresis um Fehlhaltungen, die man als neurotisch bezeichnen kann. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt jedoch nicht auf dem Bewußtmachen der sozialen Anpassungsfehler und auf ihrer Korrektur, sondern es wird in erster Linie versucht, den versäumten und falsch abgelaufenen Vorgang der Sauberkeitserziehung nachzuholen und falsche Mechanismen und ihre eventuelle Verknüpfung abzubauen, bzw. in richtige Bahnen zu lenken. Die Beratung der Eltern erfolgt erst als zweite und zusätzliche Maßnahme.

Anders als bei der typischen Verhaltenstherapie der Enuresis nocturna sind bei der Enkopresis aversive Mechanismen kaum möglich. Die Konditionierung an einem einfachen Vorgang wie das Erwachen nützt nichts, da das Einkoten häufig gerade am Tage erfolgt. Das Kon-

zept der Behandlung muß etwa folgendermaßen aussehen: dem Kind muß ohne jeden tadelnden Unterton klargemacht werden, daß die Art seiner Defäkation fehlerhaft ist, nämlich zu häufig oder zu selten, zur falschen Zeit, (etwa während des Spielens) am falschen Ort (nicht auf der Toilette) und unter falschen Bedingungen (bei angezogener Hose) erfolgt. Es muß weiter versucht werden, ihm klarzumachen, daß durch das Symptom sein Heranwachsen zu einem großen Jungen und zum Erwachsenen verhindert wird.

Ein gewisser Leidensdruck, der vielfach eine Voraussetzung für das Gelingen der Verhaltenstherapie ist, ist ja gewöhnlich durch die negativen Reaktionen der Umgebung schon heraufbeschworen worden. Es fällt daher meist nicht schwer, den Patienten zur Kooperation zu bewegen.

Die eigentliche Behandlung beginnt damit, dem Kind seinen Stuhlgang bewußt zu machen; das geschieht zunächst durch häufige Kontrolle der Hose. Jede Entleerung auf der Toilette und jede Feststellung einer sauberen Hose werden sofort durch einen in ein Heft eingetragenen Punkt oder durch andere Belohnungen (Süßigkeiten etc.) belohnt. Eventuell muß das Kind auch noch lernen, sich nach der Defäkation selbst zu reinigen. Gelingt die Stuhlentleerung häufiger, werden die Kontrollen der Hose allmählich reduziert, bis überhaupt keine Kontrollen mehr notwendig sind, da kein Einkoten mehr vorliegt. Den Eltern wird jedoch geraten, die Therapie auch noch einige Zeit zu Hause in der gewohnten Umgebung weiterzuführen.

F: Diskussion

Es handelt sich hier um 7 Jungen, die alle an diskontinuierlicher Enkopresis litten. Bei zwei Jungen be-

steht die Enkopresis noch weiterhin, allerdings nicht mehr so häufig, während bei vier von ihnen das Symptom gänzlich verschwunden ist. Ein Junge wollte mir keine Auskunft erteilen, so daß ich darüber nichts sagen kann. Über die Dauer der Enkopresisbehandlung mit Verhaltenstherapie ist zu sagen, daß sie bei unseren Fällen zwischen 5 und 11 Wochen lag. Der Schnitt der Behandlungsdauer lag bei 7 1/2 Wochen. Das ist auch genau der Zeitraum, den Marshall angibt. Insgesamt muß man sagen, daß die Verhaltenstherapie bedeutend besser abschneidet, als die kontrollweise durchgeführte Sauberkeitserziehung ohne operant conditioning, d.h. ohne Belohnung sofort nach der Defäkation.

Mit Psychotherapie des Kindes und der Mutter geben Cale, Christianson, Penrose und Backlar jahrelange Behandlung an, dann allerdings auch mit 100 % igem Erfolg. Ganthier, dem nur beschränkte therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung standen, erteilte eine Beratung nach gründlicher Anamneseerhebung. Während dieser sprach er mit den Eltern hauptsächlich über 4 Punkte:

- 1.) Das Zustandekommen des Vorgangs vom tiefenpsychologischen Standpunkt aus.
- 2.) Die Notwendigkeit, den Kindern die Liebe und die Sicherheit zu geben, die sie verloren zu haben glaubten.
- 3.) Die Unzweckmäßigkeit des täglichen Kampfes um das Geschäft.
- 4.) Die Anleitung des Kindes zum Selbstständigwerden.
- 5.) Möglichkeiten, dem Kind andere Abflußkanäle der Aggression zu verschaffen.

Bei der Nachfrage nach einem Jahr ergab sich bei der Hälfte der Fälle gänzliche Besserung, obgleich es sich um diskontinuierliche Fälle handelte; die andere Hälfte der Fälle (4) erteilte keine verwertbare Auskunft.

Interessant ist vielleicht noch der Fall, über den von MC Taggart und Scott berichtet wird. Dort zeigt ein Mädchen auffälligerweise nach 8 Tagen Besserung, während die drei übrigen beschriebenen Fälle

mehrere Monate brauchten. Dieses Mädchen wurde zu Hause mit operant conditioning behandelt, denn sie bekam für jeden Tag mit sauberen Hosen auf einer Tabelle ein Sternchen eingetragen. - Allerdings wurden auch hier die Reiberein im häuslichen Milieu beigelegt.

Manche Enkopretiker sind infantil und wirken geistig etwas stumpf. Bei diesen Kindern ist dann oft eine chronische Milieuverwahrlosung nachzuweisen, die für den Pseudoschwachsinn dieser Kinder verantwortlich zu machen ist. Andere Enkopretiker zeigen bei dem sensibel psychoasthenischen Wesen die Symptome einer vegetativen Dystonie.

Es dauert eine bestimmte Zeit, bis der bedingte Reflex der Sauberkeitsgewöhnung ausgebildet ist. In der noch sehr labilen Phase der ersten Lebensjahre genügen geringste seelische Schwankungen im Verhalten der Umwelt des Kindes um ein plötzliches Versagen in der Richtung des Einkotens auszulösen; das wir dann als Regression in die Geborgenheit des Säuglingdaseins erklären.

Wir wissen auch, daß Organ und Psyche ein wichtiges Korrelat darstellen. Von den Neusosen Erwachsener wie auch von Kindern sind die Zusammenhänge zwischen der Angst, dem Grundfaktor einer jeden Neurose und einer gesteigerten Darmtätigkeit bekannt. Es sei hier nur an Examenssituationen erinnert. Die Enkopresis ist eine Steigerung des Enuresissymptoms. Trotzdem können wir sie besser beeinflussen als die Enuresis. Für die Enkopretiker genügt meist schon ein Milieuwechsel in die Klinik, um ihn dadurch sauber zu bekommen, während es meist nicht gelingt, auch ihre begleitende Enuresis genauso schnell zu beseitigen. Oft liegt auch ein bestehender Ehekonflikt dem Versagen der Kinder zugrunde. So konnte Biermann nachweisen, daß die Kinder bei gemeinsamen Schlafzimmer oft Zeugen haßerfüllter Aggressionen der Eltern gewesen waren. Die aktive Protesthaltung eines solchen einkotenden sechsjährigen

steigert sich bis zum Mutismus und einer völligen Ablehnung jeglicher erzieherischer Annährungsversuche über mehrere Monate. Glanzmann hat auf das Bild des sogenannten pluriorifizierten Schmollens des in seiner Protesthaltung gegenüber seiner Umwelt und Umgebung erstarrten Kindes hingewiesen. Dieses zeigt außer dem Mutismus eine Blasen- und Mastdarmverhaltung und daraus resultierende Enuresis und Enkopresis.

In der Schule erlebt man bei diesen Kindern häufig eine Regression in die Traumwelt des Kleinkinddaseins, die das Schulversagen infolge Konzentrationsmangels und "Träumens" bedingt und einen Schwachsinn vor-täuschen kann.

Es schien auch charakteristisch, daß sich die Enkopresis bei dem harmlosesten Milieuschaden, nämlich der Eifersuchtreaktion eines vierjährigen Jungen auf sein neugeborenes Schwesterchen im Anschluß an einen Magen-Darmkatarrh fixierte. Bei diesem Jungen trug das Drama des Stuhlganges, daß die unwissende Mutter täglich neu inszenierte, entscheidend zur Chronifizierung des Leidens bei.

Bei einigen Kindern verleitete die zunehmende Verwahrlosung mangels entgegengebrachter Liebe zu weiteren Ersatzbefriedigungen insbesondere Lügen und Stehlen. All diese Begleitsymptome verschwanden mit der Enkopresis bei verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und einer Bereinigung des häuslichen Milieus.

G: Die Fälle

Bei 4 von 7 Kindern ist die Enkopresis wie bereits oben erwähnt, verschwunden. Durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen die in der Klinik streng durchgeführt wurden, ist das Symptom in einem Behandlungszeitraum von durchschnittlich 7 1/2 Wochen zum Ver-

schwinden gebracht worden. Auch nach der Klinikentlassung ist Einkoten nicht mehr aufgetreten. Hier wurden auch die von der Klinik angeordneten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zu Hause von der Mutter streng weitergeführt, wovon ich mich selbst überzeugen konnte. Von einem Kind bekam ich, wie bereits geschildert, keine Auskunft.

Zwei Kinder koten im Schnitt noch zweimal in der Woche ein. Hierbei ist auffällig, daß Thomas zum Zeitpunkt der Klinikentlassung und auch schon einige Zeit vorher nicht mehr eingekotet hatte. Zu Hause wurde dann die Verhaltenstherapie leider nicht mehr weiter durchgeführt, so daß das Einkoten wieder begann - allerdings nicht mehr wie vor dem Klinikaufenthalt 4 - 5 mal in der Woche, sondern nur noch einmal.

Volker wurde ambulant behandelt. Seine Mutter machte zu Hause die Verhaltenstherapie. Als sie sie konsequent durchführte, hat Völker nicht mehr eingekotet. Jetzt passiert es ihm noch einmal in der Woche. Auch in diesem Fall hat die Mutter die Therapie einfach abgebrochen, da sie sehr auf ihrem Bauernhof beschäftigt ist, und sich somit wenig um ihren Sohn kümmert.

Wir sehen, daß die Enkopresis durch die Verhaltenstherapie mit positiver Bekräftigung und in späteren Stadien mit zusätzlichen Aversionsreizen zum Verschwinden gebracht werden konnte, wenn die Therapie zu Hause im heimischen Milieu noch eine kurze Zeit weitergeführt wurde. Wurde das zu Hause nicht gemacht, so trat gelegentliches Einkoten wieder auf. Die positiven Bekräftigungen bestanden aus Lob, Eintragungen in ein Buch und Punktbelohnung. Die Aversionsmaßnahmen bestanden im Abzug von Punkten oder Belohnungen. Zum Ende der Behandlung wurden die Kontrollzeiten stark und die Belohnung geringfügig reduziert, aber nicht gänzlich abgesetzt. Eine Elternberatung wurde noch zusätzlich durchgeführt, um eine Voraussetzung zur Beilegung der gegebenenfalls noch vor-

handenen häuslichen Konflikte zu schaffen.

H: Zusammenfassung

Am Beispiel von 7 Jungen, die unter diskontinuierlicher Enkopresis litten, ist der Therapieverlauf mit Verhaltenstherapie beschrieben worden. Die Zustandsbilder vor und nach der Behandlung sind festgehalten und auch der Zustand nach einigen Jahren.

Die Verhaltenstherapie mit positiver Bekräftigung muß als gutes Mittel zur schnellen Beherrschung auch diskontinuierlicher Fälle von Enkopresis angesehen werden. Jedoch hat es sich gezeigt, daß die Behandlung nach der Klinikentlassung zu Hause noch einen Zeitraum weitergeführt werden muß, um einen 100%-igen Erfolg zu erreichen. Auch die Dauer der Behandlung liegt im Rahmen der angegebenen Werte. Eine genaue Kenntnis des einzelnen Falles, der familiären Situation, der Beziehung der Eltern zu ihrem Kind und der Entstehungsursachen der Enkopresis sind vonnöten, zum baldmöglichsten Einsatz der Formen des operant conditioning, zur allgemeinen Führung des Kindes und zur immernötigen Elternberatung.

Literaturverzeichnis

- Albrecht, H. & Hoffmann, H.: Enkopresis im Kindesalter.
Der Nervenarzt 21:271, 1950
- Anthony, E.J.: An experimental approach to the psychopathology of childhood: encopresis.
J Med. Psychol, 30:146, 1957
- Artner, K. & Castell, R.: Stationäre Therapie von einkotenden Kindern.
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 28:119-131, 1979
- Bellmann, H.: Studies on encopresis.
Uppsala: Almqvist & Wiksell, 1966
- Biermann, G. Kasuistische Beobachtungen
Einkotende Kinder, Psyche 5:618, 1951
- Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Vandenhoeck & Ruprecht,
Göttingen 1954, 6. Auflage 1967
- Eller, H.: Über die Enkopresis im Kindesalter.
Zchr. Kinderheilk. 108:425, 1960
- Eysenck, H.-J. & Rachmann, S.: Neurosen - Ursachen und Heilmethoden.
VEB Verlag, Berlin 1968
- Freud, S.: Gesammelte Schriften, Bd IX
- Gauthier, Y.: Encopresis in psychiatric consultation,
Canad Psychiat Ass J, 9:57, 1964
- Giles, D.K. & Wolf Montrose M.: Toilet training institutionalized severe retardates: An application of operant behavior modification techniques.
America Journal Mental Deficiency 70: 766, 1966
- Goligher, J.C. & Hughes, S.S.R.: Sensibility of the

rectum and colon:its rolle in the mechanism of anal continence.

Lancet,1:543,1951

v.Harnack,G.-A.: Wesen auf soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen.

Bibl Paediat,Nr.55,1953

Huschka,H.: The child's response to coercive bowel training.

Psychosom Med.,4:301,1942

Jonsson,G. & Kälvestan,A.-L.: 222 Stockholmpojkar.

Uppsala: Almqvist & Wiksell,1964

Keilbach,H.: Untersuchung an acht Kindern mit der Hautsymptomatik Einkoten
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26,117-128,1977

Kirsch, K.: Eine vergleichende Untersuchung zum "Enkopretischen Charakter".

Praxis der Kinderpsychologie 29,42-49,
1980

Kirsch,K.: Die stationäre Behandlung freier Enkopretiker:Planung,Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention.
Praxis der Kinderpsychologie 29;117-124,
1980

Marshall,G.R.: Toilettraining of an autistic eightyear old through conditioning therapy:
a case report.

Behaviour Research Therapy,4:242,1966

Niedermeyer,K. & Parnitzke,K.H.: Die Enkopresis:
Beobachtungen somatischer,pneum - und elektroencephalographischer,sowie psychischer Befunde.

Zch.: Kinderheilk. 87:404,1963

Rick,H. & Riedrich,F.W.: Das Einschlucken der Kinder und seine Beziehungen zum Einnässen.

Zsch.Kinderforschung,30:125,1924

Dem Leiter der Kinder - und Jugendpsychiatrischen
Abteilung, Herrn Prof. Dr. H. Kehrer, bin ich für die
Überlassung des Themas und seinen ständigen Rat
und Hilfe zu großem Dank verpflichtet. Ebenso möchte
ich mich bei seinen Mitarbeitern für die Überlas-
sung der Akten bedanken.

Lebenslauf

Am 13.5.1951 wurde ich als einziges Kind des Kaufmanns Karl Friedrich Bätzel und seiner Ehefrau Margot Bätzel geb.Hähn in Altena geboren.Im Jahre 1957 besuchte ich dann die Volksschule in Altena,die ich 1961 verließ,um auf das neusprachliche Gymnasium in Garenfeld zu gehen.Dort machte ich 1971 mein Abitur.Im Oktober 1971 immatrikulierte ich mich in Münster an der Westfälischen Wilhelms - Universität in den Fachbereichen Geologie,Romanistik und Anglistik.Im Sommer 1974 bekam ich über das Land Nordrhein - Westfalen einen Studienplatz in Medizin,nachdem ich mich verpflichtet hatte,nach meiner Approbation eine Tätigkeit als beamteter Arzt aufzunehmen.Im März 1977 bestand ich in Münster an der Westfälischen Wilhelms - Universität meine ärztliche Vorprüfung,im März 1979 meinen ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und im März 1980 meinen zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.Zur Zeit absolviere ich in den Städtischen Kliniken in Dortmund mein Praktisches Jahr.Im Anschluß daran möchte ich dann in einem Landeskrankenhaus in der psychiatrischen Abteilung meinen Dienst antreten.

Münster im April 1980

